



Universidad Nacional Mayor de San Marcos

Universidad del Perú. Decana de América

Facultad de Medicina

Escuela Profesional de Tecnología Médica

Desempeño de las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria en usuarios de la Unidad de Hemodiálisis del Hospital Central de la Fuerza Aérea del Perú, Lima 2019

TESIS

**Para optar el Título Profesional de Licenciada en Tecnología
Médica en el área de Terapia Ocupacional**

AUTOR

Megumy Corina AZURZA PUNTILLO

ASESORES

Lic. Amelia del Rosario OLÓRTEGUI MONCADA

Lic. Norma Tatiana VILCHEZ VILCHEZ

Lima, Perú

2020



Reconocimiento - No Comercial - Compartir Igual - Sin restricciones adicionales

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

Usted puede distribuir, remezclar, retocar, y crear a partir del documento original de modo no comercial, siempre y cuando se dé crédito al autor del documento y se licencien las nuevas creaciones bajo las mismas condiciones. No se permite aplicar términos legales o medidas tecnológicas que restrinjan legalmente a otros a hacer cualquier cosa que permita esta licencia.

Referencia bibliográfica

Azurza M. Desempeño de las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria en usuarios de la Unidad de Hemodiálisis del Hospital Central de la Fuerza Aérea del Perú, Lima 2019 [Tesis]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina, Escuela Profesional de Tecnología Médica; 2020.

Hoja de Metadatos complementarios

Código ORCID del autor	—
DNI o pasaporte del autor	71778921
Código ORCID del asesor	0000 – 0002 – 2465 - 6798
DNI o pasaporte del asesor	08659985
Grupo de investigación	—
Agencia financiadora	Autofinanciado
Ubicación geográfica donde se desarrolló la investigación	<p>Hospital Central FAP Perú, Lima, Avenida Andrés Aramburú, Miraflores 15046.</p> <p>Latitud: -12.1038117 Longitud: - 77.0299279</p>
Año o rango de años en que se realizó la investigación	2019 - 2020
Disciplinas OCDE	<p>Salud ocupacional http://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.03.10</p> <p>Urología, Nefrología http://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.02.20</p>



Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú, Decana de América
Facultad de Medicina
Escuela Profesional de Tecnología Médica
"AÑO DE LA UNIVERSALIZACIÓN DE LA SALUD"



ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

Conforme a lo estipulado en el Art. 113 inciso C del Estatuto de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos (R.R. No. 03013-R-16) y Art. 45.2 de la Ley Universitaria 30220. El Jurado de Sustentación de Tesis nombrado por la Dirección de la Escuela Profesional de Tecnología Médica, conformado por los siguientes docentes:

Presidente: Lic. Enrique Eduardo Sarmiento Hurtado
Miembros: Lic. Alicia Violeta Herrera Bonilla
Lic. Mc Anthony Caviedes Polo
Asesora : Lic. Amelia Del Rosario Olórtegui Moncada

Se reunieron en la ciudad de Lima, el día 28 de octubre del 2020, siendo las 15:00 horas, procediendo a evaluar la Sustentación de Tesis, titulado **"DESEMPEÑO DE LAS ACTIVIDADES BÁSICAS E INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA EN USUARIOS DE LA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS DEL HOSPITAL CENTRAL DE LA FUERZA AÉREA DEL PERÚ, LIMA 2019."**, para optar el Título Profesional de Licenciada en Tecnología Médica en el Área de Terapia Ocupacional de la Señorita:

MEGUMY CORINA AZURZA PUNTILLO

Habiendo obtenido el calificativo de:

.....16.....
(En números)

.....DIECISEIS.....
(En letras)

Que corresponde a la mención de:BUENO.....

Quedando conforme con lo antes expuesto, se disponen a firmar la presente Acta.

.....
Presidente

Lic. Enrique Eduardo Sarmiento Hurtado
D.N.I: 25836822

.....
Miembro

Lic. Alicia Violeta Herrera Bonilla
D.N.I: 07584838

.....
Miembro

Lic. Mc Anthony Caviedes Polo
D.N.I: 40258899

.....
Asesora de Tesis

Lic. Amelia Del Rosario Olórtegui Moncada
D.N.I: 08659985

Datos de plataforma virtual institucional del acto de sustentación: Datos de la plataforma virtual institucional del acto de sustentación:

https: <https://medical-int.zoom.us/j/93941653549>

ID:

Grabación archivada en:

DEDICATORIA

A Dios, porque sin Él nada sería posible.

A mis padres, Bernardo y Corina, por el apoyo incondicional que siempre me dan.

A mis hermanos, Wiliams y Hackney, y por supuesto a Dhereck y Dylan, gracias por todo.

A los que a pesar de estar al otro lado del mundo siempre me tienen presente y celebran mis logros: Dorita, Rodolfo, Lourdes y Fito.

AGRADECIMIENTOS

Se agradece infinitamente la colaboración de las instituciones y el apoyo de todas aquellas personas que hicieron posible el desarrollo del presente estudio:

A Dios y a mi familia, gracias por siempre estar conmigo en las buenas y malas.

A mi querida institución, la Universidad Nacional Mayor de San Marcos – UNMSM, gracias a ella pude conocer excelentes profesionales y grandes amigos.

Al Hospital Central de la Fuerza Aérea del Perú - Comandante FAP Médico Juan Benavides Dorich - HCFAP, y los departamentos encargados de autorizar y facilitar la ejecución del presente estudio.

A los doctores, personal de enfermería y técnicos pertenecientes a la Unidad Renal del HCFAP, especialmente a la Lic. Luz Marina Esquivel por su tiempo y colaboración desinteresada.

A la Licenciada Amelia Olórtegui Moncada, terapeuta ocupacional del HCFAP, docente en la Facultad de Medicina de la UNMSM y asesora de la presente investigación; por su disposición permanente, su apoyo, entusiasmo, interés y por la muchísima paciencia durante el desarrollo de todas las etapas de la misma.

A mi Co-asesora la Licenciada Tatiana Vilchez Vilchez, terapeuta ocupacional del HCFAP, por su constante apoyo y motivación; a mis tutores de internado del HCFAP, ARIE – VES e ILA, por sus enseñanzas a nivel personal y profesional. Y por supuesto a mis maestros y maestras de la UNMSM por sus enseñanzas y profesionalismo que me permitieron desarrollarme profesionalmente.

Y en especial, a todos los usuarios de la Unidad de Hemodiálisis del HCFAP, como alguna vez me dijeron: “Son los mejores pacientes que se puede tener”, y una vez más lo comprobé, quienes desde el primer momento me brindaron su disposición y apoyo para ser partícipes de la presente investigación. Muchísimas gracias.

ÍNDICE GENERAL

CAPÍTULO I INTRODUCCIÓN	2
1.1 DESCRIPCIÓN DE LOS ANTECEDENTES.....	5
1.2 IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN.....	11
1.3 OBJETIVOS.....	12
1.3.1 Objetivo General.....	12
1.3.2 Objetivos Específicos.....	12
1.4 BASES TEÓRICAS.....	13
1.4.1 Base Teórica.....	13
1.4.2 Definición de Términos.....	22
1.4.3 Formulación de Hipótesis.....	24
 CAPÍTULO II MÉTODOS	 25
2.1 DISEÑO METODOLÓGICO.....	26
2.1.1 Tipo de Investigación.....	26
2.1.2 Diseño de la Investigación.....	26
2.1.3 Población.....	26
2.1.4 Muestra y Muestreo.....	26

2.1.4.1 Criterios de Inclusión.....	26
2.1.4.2 Criterios de Exclusión.....	27
2.1.5 Variables.....	27
2.1.6 Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	27
2.1.7 Procedimientos y análisis de datos.....	30
2.1.8 Consideraciones éticas.....	32
 CAPÍTULO III RESULTADOS.....	 33
 CAPÍTULO IV DISCUSIÓN.....	 55
 CAPÍTULO V	
 CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	 60
5.1 Conclusiones.....	61
5.2 Recomendaciones.....	63
 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	 64

ANEXOS

Anexo 1: Índice de Barthel.....	72
Anexo 2: Escala de Lawton y Brody.....	74
Anexo 3: Resolución del decanato.....	76
Anexo 4: Solicitud de aprobación en la Dirección General del HCFAP.....	77
Anexo 5: Resolución Directoral – Hospital de la FAP.....	78
Anexo 6: Modelo del consentimiento informado.....	79
Anexo 7: Cuadro de operacionalización de las variables.....	82

LISTA DE TABLAS

Tabla 1: Datos Sociodemográficos.....	34
Tabla 2: Edad y sexo de usuarios de hemodiálisis.....	35
Tabla 3: Características de la atención en hemodiálisis.....	36
Tabla 4: Nivel de independencia en actividades básicas de vida diaria.....	39
Tabla 5: Nivel de independencia en actividades instrumentales de la vida diaria.....	41
Tabla 6. Actividad instrumental: Preparación de la comida.....	44
Tabla 7. Actividad instrumental: Ir de compras.....	45
Tabla 8. Actividad instrumental: Lavado de ropa.....	46
Tabla 9. Actividad instrumental: Cuidar la casa.....	47
Tabla 10. Actividad instrumental: Capacidad para usar el teléfono.....	48
Tabla 11. Actividad instrumental: Uso de medio de transporte	49
Tabla 12. Actividad instrumental: Responsabilidad sobre la medicación.....	50
Tabla 13. Actividad instrumental: Capacidad de utilizar el dinero.....	51

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Tiempo en meses de hemodiálisis.....	37
Gráfico 2. Rango de 7 – 76 meses en hemodiálisis.....	38
Gráfico 2: Actividades básicas de vida diaria con mayor dependencia.....	40
Gráfico 3: Actividades instrumentales de vida diaria con mayor dependencia.....	42
Gráfico 4: Valoración de actividades básicas e instrumentales de la vida diaria.....	52
Gráfico 5: Comparación de casos según el nivel de dependencia.....	53

RESUMEN

INTRODUCCIÓN: Las personas en hemodiálisis acuden a un centro hospitalario en forma regular y continua, durante estos procesos surgen cambios en sus rutinas y roles ocupacionales, generando limitación y dependencia en sus actividades cotidianas. **OBJETIVO:** Determinar el nivel de desempeño de las “actividades básicas de vida diaria”(ABVD) y de las “actividades instrumentales de la vida diaria”(AIVD) en usuarios de la unidad de hemodiálisis del “Hospital Central de la Fuerza Aérea del Perú”(HCFAP), Lima 2019. **MATERIAL Y MÉTODOS:** Estudio descriptivo, transversal y prospectivo; se evaluó las ABVD con el “Índice de Barthel” y las AIVD con la “Escala de Lawton y Brody” en 37 usuarios de hemodiálisis del HCFAP. **RESULTADOS:** En el desempeño de las ABVD el 86.4% presenta algún tipo de dependencia, 45.9% son dependientes moderados; el 78.3% es dependiente en la actividad de subir y bajar escaleras y el 10.8% es dependiente en alimentación. Con respecto al desempeño de las AIVD el 94.5% presenta algún tipo de dependencia, la mayor cantidad es en dependencia leve y moderada con el 27.0 % cada una; el 78.3 % es dependiente en la actividad de preparación de comida y 21.6 % dependiente en uso del teléfono. **CONCLUSIONES:** Más del 80% de usuarios de hemodiálisis que asisten al HCFAP son dependientes en el desempeño de sus ABVD y AIVD. Las actividades básicas donde se muestra mayor dependencia son el uso de escaleras y deambulaci3n. Preparaci3n de comida e ir de compras son las actividades instrumentales que menos realizan. **PALABRAS CLAVE:** Actividades de vida diaria, Hemodiálisis, Terapia ocupacional.

ABSTRACT

INTRODUCTION: People on hemodialysis visit a hospital center regularly and continuously, during these processes changes in their routines and occupational roles arise, generating limitation and dependency on their daily activities. **OBJECTIVE:** To determine the performance of basic activities of daily living “ABVD” and the instrumental activities of daily life “AIVD” in users of the hemodialysis unit of the Central Hospital of the Peruvian Air Force “HCFAP”, Lima 2019. **MATERIAL AND METHODS:** Descriptive, cross-sectional and prospective study; The ABVD was evaluated with the Barthel Index and the AIVD with the Lawton and Brody Scale in 37 HCFAP hemodialysis users. **RESULTS:** In the performance of the ABVD, 86.4% have some type of dependency, 45.9% are moderate dependents; 78.3% is dependent on the activity of going up and down stairs and 10.8% is dependent on food. Regarding the performance of the AIVD, 94.5% have some type of dependency, the largest amount being in mild and moderate dependency with 27.0% each; 78.3% are dependent on food preparation activity and 21.6% dependent on telephone use. **CONCLUSIONS:** More than 80% of hemodialysis users who attend the HCFAP are dependent on the performance of their ABVD and AIVD. The basic activities where greater dependency is shown are the use of stairs and ambulation. Food preparation and shopping are the instrumental activities that they do the least. **KEY WORDS:** daily living activities, Hemodialysis and Occupational therapy.

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

La Enfermedad Renal Crónica (ERC) se debe a una alteración estructural o a un mal funcionamiento de los riñones que durante tres o más meses, no son capaces de eliminar la cantidad suficiente de residuos tóxicos y el agua sobrante del organismo. La ERC suele mostrar síntomas solo en los estadios avanzados, es por ello que algunas veces pasa desapercibida tanto para los pacientes que la padecen como para el equipo de salud. Esta enfermedad requiere de un tratamiento sustitutivo, ya sea mediante la hemodiálisis o por trasplante de riñón.¹

La hemodiálisis (HD) es un tratamiento, que busca filtrar “solutos séricos de desecho metabólico potencialmente dañinos”², a través de una máquina de diálisis, de un acceso vascular y de un dializador; según las condiciones que presenta cada paciente en los diversos estadios avanzados van a requerir de esta terapia sustitutiva por largos periodos de tiempo de manera constante, estando a la espera del trasplante renal o realizándolo permanentemente de por vida.²

La Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) señala que “la ERC afecta a cerca del 10% de la población en el mundo, que no se cura, es progresiva, silenciosa y asintomática”³, por ello la OMS busca promover la prevención; además, por ser los tratamientos altamente invasivos y costosos, muchos países no pueden cubrir con los equipos adecuados, costos en tratamiento de las personas que lo necesitan y sumado a ello la cantidad de profesionales especialistas también es insuficiente.³

El Ministerio de Salud, en el año 2018 realiza el análisis de la situación de la enfermedad renal crónica del año 2015 donde refiere que en el Perú “no existen estudios de prevalencia de la ERC en sus diferentes estadios a nivel nacional, solo existen tres estudios que muestran tasas referenciales”; por otro lado en el documento hacen mención que “en el país las tasas de prevalencia desde el año 1992 hasta el 2015, representan una magnitud del problema de la ERC en estadio V (Fase terminal) y en este estadio hay muy poca oferta de servicios para su tratamiento”⁴, por esta razón en el año 2009, varios expertos de los hospitales nacionales se reunieron para efectuar un diagnóstico situacional ante este problema de salud pública y efectuaron propuestas para enfrentarlo a corto y mediano plazo, cabe resaltar que “en el 2012, la insuficiencia

renal constituyó una de las 10 primeras causas de muerte representando el 3,3% de las defunciones a nivel nacional”.⁴

Por lo general, el usuario de hemodiálisis frente a su situación genera diversos cambios en aspectos psicosociales de su persona, como: la propia imagen que tiene de sí mismo/a, la visión que tiene de su futuro, sus relaciones interpersonales, actividades que realizaba hasta ahora, malestares físicos que quizás no tenía, apatía, pensamientos de pesimismo, etc., también se puede evidenciar un estado anímico bajo, con un cuadro ansioso y/o de depresión; funcionalmente podrían ser capaces de realizar sus actividades, pero, ante lo complejo de este tratamiento, muchas veces pasan a ser dependientes de sus familiares o cuidadores.⁵

Además, las personas en este tratamiento presentan variaciones en sus hábitos, estilos de vida, adecuación de horarios, etc. Situaciones en donde ellos y sus familias deben adaptarse, ya que estas pueden ser muy diferentes a sus costumbres anteriores, todas estas variaciones comprometen su “desempeño” en “las áreas de ocupación”, al ser una situación prolongada que da lugar a cambios importantes en los roles, las rutinas y los diversos “patrones en la vida diaria” de los mismos.⁶

En efecto, “El desempeño ocupacional es la conducta humana de la que se ocupan los profesionales de terapia ocupacional, el desempeño- “hacer”- es una de sus características”.⁷

En el año 2005, Crepeau definió al desempeño ocupacional como el “resultado de la interacción entre la persona, el ambiente y la ocupación”, siendo una “experiencia dinámica y siempre cambiante de una persona que participa en actividades, tareas y ocupaciones con un propósito en un ambiente”.⁸

El desempeño ocupacional es la acción ocupacional de las personas en ambientes específicos, “es un proceso con el cual la persona encuentra la motivación, da inicio y completa distintas ocupaciones; está compuesto por cualidades físicas, mentales, sociales y espirituales, las cuales experimenta la persona cuando realiza actividades de autocuidado, juego/esparcimiento y el trabajo/estudio.”⁸

Por otra parte, las “actividades de la vida diaria” son necesarias, estas son realizadas por las personas en menor o gran medida en su día a día; abarcan desde el cuidado personal hasta necesidades del cuidado del hogar, tiempo libre, entre otros. En 1978 estas fueron definidas como "los componentes de la actividad cotidiana comprendidos en las actividades de autocuidado, trabajo y juego/ ocio", por la Asociación Americana de Terapia Ocupacional (AOTA).⁹

Estas actividades de la vida diaria se dividen en actividades Básicas, Instrumentales y Avanzadas de la vida diaria. Las actividades básicas de la vida diaria son aquellas que se realizan todos los días, que implican el cuidado del propio cuerpo, constan de actividades como alimentación, vestido, lavarse, arreglarse, traslado, deposición, micción, deambular y uso de escaleras; son necesarias para vivir en un mundo social la cual permite la supervivencia y el bienestar, algunos requieren de un mayor esfuerzo físico como la actividad de bañarse, vestirse, subir escaleras, etc., lo que puede conllevar el agotamiento en algunas patologías.⁹

Las actividades instrumentales de la vida diaria son más complejas que las actividades básicas, por lo general su realización es opcional y genera la interacción con el medio y cuidado de otros, incluye actividades domésticas y fuera del hogar. Comprende la capacidad para “usar el teléfono”, “manejo de dinero”, “ir de compras”, “usar un medio de transporte”, “preparar comida”, “responsabilidad sobre la medicación”, “lavar ropa” y “cuidar la casa”, son actividades que apoyan a las actividades básicas tanto en la casa como en la comunidad.⁹

La “Federación Mundial de Terapeutas Ocupacionales” (WFOT), alude “que la terapia ocupacional es la utilización terapéutica de las actividades de autocuidado, trabajo y lúdicas, que tiene como finalidad promover la salud, mejorar el desarrollo y prevenir la discapacidad mediante la ocupación buscando que las personas sean capaces de participar en actividades de vida diaria”;¹⁰ La intervención de la Terapia Ocupacional se da directamente y de manera holística al paciente y al familiar mediante entrenamiento, orientación, pautas de manejo, etc.; ya que en ocasiones la familia tiende a sobreproteger al usuario de hemodiálisis, generando mayores dificultades en la realización de sus actividades personales.¹¹

El terapeuta ocupacional interviene a través de la ocupación humana y del desempeño ocupacional de la persona proporcionando estrategias para mejorar el estado de salud y el mantenimiento de habilidades y funciones que se pueden afectar a causa de los procesos de hemodiálisis, la inactividad y los cambios en los hábitos y rutinas.¹²

Por último, el terapeuta ocupacional busca en los usuarios de hemodiálisis la máxima independencia posible, mediante diversos recursos, marcos, modelos, etc. Para la reestructuración de su vida diaria, frente a las alteraciones propias de la enfermedad, como cambios en sus rutinas y las expectativas sobre su futuro, entre otras, que pueden generar dependencia, ya que aumenta la restricción de la participación en su desempeño ocupacional.¹²

1.1 DESCRIPCIÓN DE LOS ANTECEDENTES

Arenas M. y col (2019) “Dependencia para las actividades instrumentales de la vida diaria en pacientes en hemodiálisis: influencia sobre la calidad de vida relacionada con la salud”, España. Investigaron la “prevalencia del déficit funcional en AIVD de pacientes en hemodiálisis y su relación con el déficit funcional en las ABVD, además la influencia en la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS)”;

en 66 pacientes evaluados con las escalas de “Lawton y Brody (dependencia AIVD), Delta (dependencia ABVD) y Coop-Wonca (CVRS)”. Obtuvieron que “el 80,3% del total de pacientes presentaba algún tipo de dependencia con respecto a las AIVD (57.5% en grado moderado/severo) y 40.8% para el ABVD (9% en grado moderado /severo)”, además hallaron que la situación laboral y edad impactan en la dependencia de las AIVD y las ABVD. Los pacientes con mayor dependencia de la AIVD tuvieron una peor CVRS con mayores diferencias en las dimensiones: "Actividades diarias", "Actividades sociales" y "Apoyo social". Los investigadores concluyeron que los pacientes en hemodiálisis presentan “más dependencia a las AIVD que a las ABVD y estos dos tipos de dependencia influyen sobre la CVRS”.¹³

Ayala Silvia (2019) “Grado de dependencia de pacientes adultos en hemodiálisis. Centro De Hemodiálisis. Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen”, Perú.

El estudio tuvo como propósito “determinar el grado de dependencia de pacientes adultos en hemodiálisis, según la valoración y puntuación del Índice de Barthel”, fue una investigación de tipo cuantitativo, descriptivo y de corte transversal en 20 pacientes de los cuales el 50% fue masculino y 50% femenino, con edades de 36 a 54 años seguido de 55 a 67 años, llevaban un tiempo de permanencia en hemodiálisis mayor a un año. Los resultados obtenidos fueron: “10% independientes, 20% dependencia leve, 30% dependencia moderada, 20% dependencia grave y el 10% fueron dependientes totales”. La autora concluyó que el mayor porcentaje se da en dependencia leve, moderada y grave, resaltando la importancia de poder identificar el grado de dependencia para el actuar del personal a cargo.¹⁴

Samaniego Wendy y col. (2018) “Autocuidado en pacientes con enfermedad renal crónica en tratamiento de hemodiálisis”, México. El estudio fue de tipo descriptivo, transversal y estuvo conformada por 50 pacientes de ambos sexos, de edades entre 15 y 80 años en un hospital de Ciudad Juárez. Determinaron que el “conocimiento de la capacidad de autocuidado en los pacientes con insuficiencia renal permitirá determinar sus capacidades frente al desarrollo en su vida diaria, buscando mejorar su capacidad de cuidado”. Utilizaron como instrumento de medición la Escala Valoración de Agencia de Autocuidado (ASA Appraisal of Self-care Agency Scale), que está compuesta por cinco categorías: interacción social, interacción personal, actividad y reposo, consumo de alimentos y promoción del funcionamiento y desarrollo personal. En los resultados determinaron que “60% con resultados bajos en cuanto a las categorías que se evaluaron, es decir, que de los 50 pacientes encuestados, 30 presentan una deficiencia en las habilidades y conocimientos para realizar las acciones de autocuidado en sus actividades de la vida diaria y al hacer frente a la enfermedad”. Además, concluyeron que “los pacientes alcanzaron un nivel bajo en la implementación de actividades físicas, una inadecuada alimentación, la escasa implementación sobre aspectos personales con respecto a la higiene, bajos conocimientos de su padecimiento e interés de conocer maneras adecuadas para cuidarse”.¹⁵

Pedreira G. y col. (2016) “Actividades recreativas en hemodiálisis. Una oportunidad terapéutica”, España.¹⁶ El estudio tuvo como objetivo “analizar y valorar el estado físico y mental de los pacientes en hemodiálisis y conocer la opinión sobre su experiencia personal durante las sesiones y la posibilidad de participar en un programa de actividades recreativas”, para ello, emplearon las escalas de: Barthel, Lawton y Brody, Hamilton, Goldberg, Minimental, el cuestionario de salud “SF-12” y también evaluaron su percepción en las sesiones y la inversión de su tiempo. La población estuvo conformada por 26 pacientes hombres y 11 pacientes mujeres, que tenían aproximadamente 20 meses en el tratamiento de hemodiálisis, como resultados obtuvieron que “más del 70 % de los usuarios presentaba algún grado de dependencia en las actividades básicas de la vida diaria y más del 80% en actividades instrumentales de la vida diaria”. Los descubridores concluyeron “que ejecutando actividades con recreación en el proceso de diálisis es una forma de mejorar su actitud y su percepción” ante el tratamiento, a la vez mantener un nivel físico y mental adecuado.¹⁶

Contreras A, López P. y Crespo R. (2014) “Análisis de la relación entre nivel de dependencia del paciente en hemodiálisis y sobrecarga del cuidador principal”, España. El estudio tuvo como objetivo analizar “cuál es la relación entre el grado de dependencia de los pacientes en hemodiálisis y la sobrecarga de su cuidador, con una población de 36 pacientes del programa de hemodiálisis periódicas del Servicio de Nefrología del Hospital Universitario Reina Sofía de Córdoba”, utilizaron “para el análisis estadístico la distribución de frecuencias para las variables cualitativas y la media \pm la desviación estándar de la media para las variables numéricas, además emplearon el índice de Barthel para evaluar el grado de dependencia y la puntuación de Zarit para evaluar la sobrecarga del cuidador”. Concluyeron que: “En el índice de Barthel, la media para el total de los pacientes fue de 58.30 ± 29.17 cuya categorización corresponde a dependencia severa. La sobrecarga media de los cuidadores principales fue 45.92 ± 16 , es decir a nivel global no existe sobrecarga. Según la distribución por las categorías del Zarit, 5 cuidadores (14%) presentaron sobrecarga moderada y 8 cuidadores (33%) sobrecarga intensa.” “Al relacionar la puntuación obtenida en el índice de Barthel con la del Zarit, encontraron una correlación significativa inversa entre ambos ($r = -0.677$, $p = 0.02$); es decir a mayor puntuación de Barthel menor

puntuación de Zarit”. Entre sexo, edad y permanencia en hemodiálisis, en absoluto no localizaron analogía.¹⁷

López M, Luque I, Gómez V. y Casas R. (2014) “Valoración de las necesidades de cuidados del paciente durante la hemodiálisis y su relación con el grado de dependencia”, Madrid. Realizaron la investigación teniendo como fin “evaluar el grado de dependencia de los pacientes en hemodiálisis y qué relación tienen con las necesidades de cuidados de enfermería durante la sesión”. Estudiaron a 88 pacientes del “Servicio de Nefrología del HURS de Córdoba”, mediante un diseño observacional analítico, usaron el "Test Delta", y el "Índice de Katz" y para analizar la demanda de cuidados se usó una parrilla de actividades de enfermería durante la sesión, de su propia elaboración. Obtuvieron que la “edad media fue 64,87 años y en el índice de comorbilidad se encontró una mediana de 7 (rango 0-12)”. “El 69,3% presentaba algún tipo de dependencia según el Test Delta, mientras que con el Índice de Katz era el 72,7% , encontraron entre ambos una buena correlación ($r=0,866$ $p<0,01$). Encontraron correlación entre la edad y las actividades de enfermería ($r=0,331$, $p<0,01$), el índice de comorbilidad ($r=0,726$, $p<0,01$) y el Test Delta ($r= 0,244$, $p<0,05$ ”. También encontraron correlación entre las actividades de enfermería y “el Delta, ($r=0,483$, $p<0,05$), el Katz ($r=0,405$ $p<0,01$) y el índice de comorbilidad ($r=0,380$ $p<0,01$). A su vez el índice de comorbilidad lo correlacionaron con el Delta ($r=0,320$ $p<0,05$) y el índice de Katz ($r= 0,276$ $p<0,01$ ”. Concluyeron que “a mayor grado de dependencia, indistintamente del instrumento utilizado, mayor necesidad de cuidados”. De igual manera, “a más edad y mayor índice de comorbilidad, más necesidad de cuidados de enfermería durante la sesión de hemodiálisis”.¹⁸

Periz L, Llobet M, Amenós A. (2012) “Grado de dependencia de las personas sometidas a hemodiálisis en Cataluña y evolución de su mortalidad”, España. El estudio tuvo como objetivo “conocer y analizar el grado de dependencia que presentan las personas sometidas a hemodiálisis”. “El ámbito de estudio fueron 40 de las 42 unidades de diálisis para adultos existentes en Cataluña”. “El diseño utilizado fue descriptivo, transversal y se realizó en dos fases: en la primera (octubre de 2007- enero de 2008) recogieron la información sobre el grado de dependencia de los evaluados que recibían hemodiálisis como tratamiento sustitutivo renal, así como otros datos

clínicos y sociodemográficos”. “En la segunda fase comprendida del 2009 al 2011 recogieron anualmente información sobre la supervivencia de los entrevistados en la fase anterior”. “El total de pacientes fue de 3702, de los cuales, según la Ley de dependencia (LD), no presentaban dependencia 137 pacientes; 350 presentaban dependencia de grado 1, 237 de grado 2, y 82 de grado 3. Residían en una institución 121. La media de edad fue de $74,9 \pm 18,2$ años y la mediana del tiempo en diálisis, de 36 meses. Destaca la prevalencia de diabetes (35,7%) y enfermedad cardiovascular (29,1%); las alteraciones musculoesqueléticas (87%) y neurológicas (38%) fueron las principales causas de dependencia. Además concluyen que la prevalencia de pacientes con dependencia es elevada en Cataluña (18,07%). Y estos pacientes presentan una elevada mortalidad a los 3 años”.¹⁹

Marques Sueli y et al. (2012) “Independencia funcional en pacientes con enfermedad renal crónica en tratamiento de hemodiálisis”, Brasil. Esta investigación tuvo como objetivo “describir y analizar la independencia funcional de los pacientes atendidos en los servicios de hemodiálisis, según la Medida de Independencia Funcional (MIF)”. La población estuvo conformada por “214 pacientes con edad entre 19 y 86 años con predominio del sexo masculino (63,55%), la mayoría de los participantes vivía con un compañero (58,88%). Para la recogida de datos, fueron utilizados los siguientes instrumentos: 1) Mini examen del Estado Mental (MEEM) utilizado para evaluar la función cognoscitiva de esos pacientes y minimizar posibles errores en la comprensión de los instrumentos. 2) Instrumento de caracterización sociodemográfica y clínica. 3) Medida de Independencia Funcional (MIF)”. Como resultado obtuvieron que la “edad media de la población del estudio fue de 58,01 años y la media de la MIF fue de 118,38 puntos, evidenciando un nivel de independencia completa, la cual permitió conocer el perfil de los pacientes en tratamiento hemodiálisis residentes en la ciudad de São José do Rio Preto-SP y su independencia funcional”.²⁰

Camps E. y col (2009) “Valoración del grado de autonomía funcional de pacientes renales crónicos según índices de Barthel, Lawton y baremo de Ley de Dependencia”, España. En esta investigación tuvieron como propósito: “comparar los resultados obtenidos al utilizar los siguientes instrumentos de valoración: Índice de

Barthel, Lawton y Baremo de la Ley de Dependencia; y comprobar las diferencias en el nivel de dependencia resultante de estas tres valoraciones”. Su muestra estuvo conformada por “91 personas en la Unidad Nefrológica del Consorcio Hospitalario de Vic, de los cuales 52 son mayores de 65 años, diagnosticados de (IRCT), sometidos a programa de hemodiálisis”. “En una primera fase valoraron a los pacientes con los índices de Barthel y Lawton, luego se aplicó el baremo de la Ley de Dependencia. En todos los casos observaron al paciente mientras realizaban actividades básicas, otras actividades se valoraron según la respuesta del paciente, de su familia o por el conocimiento previo que el enfermero tenía del paciente.” De acuerdo a los resultados concluyeron que: “según el Baremo de ley de Dependencia son independientes el 65% de pacientes, según el Índice de Barthel son 36,5% y según Lawton son 26,9%. Con cualquiera de las tres evaluaciones sólo una parte de pacientes hemodializados son independientes y los test que habitualmente utiliza el personal sanitario reflejan un mayor grado de dependencia que cuando se utiliza el baremo de la Ley de Dependencia”.²¹

Problema de investigación:

¿Cuál es el nivel de desempeño de las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria en usuarios de la unidad de hemodiálisis del Hospital Central de la Fuerza Aérea del Perú, Lima 2019?

A continuación, en el capítulo I, se describen los antecedentes, la importancia, los objetivos y la base teórica en relación al tema del presente estudio. En el capítulo II, se exponen la metodología de investigación, la cual corresponde a un estudio de enfoque cuantitativo, no experimental, de diseño descriptivo y prospectivo. A su vez, se hace mención de los instrumentos empleados (Índice de Barthel y Escala de Lawton y Brody) además, el análisis de los datos recopilados. En el capítulo III, se presentan los resultados obtenidos mediante tablas y gráficos. En el capítulo IV, se realiza la discusión de los mismos. Finalmente, en el capítulo V, se mencionan las conclusiones y recomendaciones.

1.2 IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN

Las personas que siguen un tratamiento de hemodiálisis acuden al centro hospitalario en forma regular y continua, en el cual permanecen aproximadamente cuatro horas durante todo el proceso, surgiendo cambios a nivel de sus rutinas y roles ocupacionales, los cuales pueden generar limitaciones en la persona y en la realización de sus actividades cotidianas.

La presente investigación da conocer la situación de los usuarios de hemodiálisis, con respecto a su desempeño en sus actividades de vida diaria, de tal manera se puedan identificar cuáles conllevan una mayor dificultad, de esta manera, emplear estrategias de intervención según lo identificado y así podríamos prevenir la disminución del desempeño de sus actividades cotidianas, además mantener y/o mejorar la calidad de vida de los usuarios que se hemodializan. Asu vez, la información obtenida puede generar el interés de investigaciones más profundas y con cuyos resultados se pueda favorecer su tolerancia y respuesta frente a la enfermedad; Todo lo mencionado líneas arriba es en favor de los usuarios en tratamiento de hemodiálisis, buscando siempre la promoción de la salud y prevención de la dependencia.

Actualmente, no hay estudios de Terapia Ocupacional en el Perú sobre la población de usuarios de hemodiálisis y su desempeño tanto en sus actividades básicas de la vida diaria, como de sus actividades instrumentales de la vida diaria, por consiguiente consideramos importante desarrollar esta investigación, pues favorecen nuevos conocimientos para prevención de dependencia en situación de hemodiálisis. Además servirá para investigaciones más profundas en el futuro

Las evidencias en otros espacios clínicos permitirán incorporar esta experiencia a través del desempeño en sus actividades de vida diaria que realizan en beneficio de los usuarios que asisten a hemodiálisis en el Hospital Central de la Fuerza Aérea del Perú.

1.3 OBJETIVOS.

1.3.1 Objetivo General:

Determinar el nivel de desempeño de las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria en usuarios de la unidad de hemodiálisis del Hospital Central de la Fuerza Aérea del Perú, Lima 2019.

1.3.2. Objetivos Específicos:

- Identificar el nivel de dependencia en actividades básicas de vida diaria en usuarios de la unidad de hemodiálisis del Hospital Central de la Fuerza Aérea del Perú, Lima 2019.
- Identificar el nivel de dependencia de las actividades instrumentales de vida diaria en usuarios de la unidad de hemodiálisis del Hospital Central de la Fuerza Aérea del Perú, Lima 2019.
- Determinar las actividades básicas de la vida diaria con mayor dependencia en usuarios de la unidad de hemodiálisis del Hospital Central de la Fuerza Aérea del Perú, Lima 2019.
- Determinar las actividades instrumentales de vida diaria con mayor dependencia en usuarios de la unidad de hemodiálisis del Hospital Central de la Fuerza Aérea del Perú, Lima 2019.

1.4 BASES TEÓRICAS

1.4.1 Base Teórica

1.4.1.1 TERAPIA OCUPACIONAL

La World Federation of Occupational Therapists (WFOT) define a la terapia ocupacional como “una profesión de salud centrada en el cliente que se ocupa de promover la salud y el bienestar a través de la ocupación” realizando modificaciones en la ocupación o en el entorno para apoyar una mejor participación en sus actividades cotidianas.¹⁰ Por su parte, la American Occupational Therapy Association (AOTA) lo define como el “análisis y aplicación de ocupaciones seleccionadas, de la vida diaria, que tienen un significado y propósito para el individuo y la capacidad para desarrollar, recuperar, fortalecer o prevenir la pérdida de hábitos, habilidades, tareas, rutinas o roles ocupacionales que ha realizado en el pasado o está aprendiendo a realizar para participar en la medida de lo posible como miembro de su entorno personal, social, cultural y económico”.⁹

Para la Asociación Profesional Española de Terapeutas Ocupacionales - APETO, La Terapia Ocupacional (TO) “valora las capacidades y los problemas físicos, psíquicos, sensoriales, sociales del individuo con el fin de un adecuado tratamiento, capacitar para lograr el mayor grado de independencia posible en su vida diaria y contribuir a la recuperación de su enfermedad y/o facilitando la adaptación a su discapacidad”.²²

Esta disciplina facilita la vida a las personas que tienen dificultades en sus ocupaciones cotidianas, considerando que nuestra vida es una ocupación constante, esta se facilita mediante diversas adaptaciones que se pueden realizar en el entorno y una valoración de las necesidades propias de la persona y los requisitos de la ocupación. Entonces, la TO como objetivo primordial busca maximizar en lo posible que la persona sea autónoma e independiente.²³

Para los profesionales de la TO, la ocupación es elemental en la promoción y mantenimiento de la salud, también “para prevenir una disfunción como consecuencia de una enfermedad, lesión, envejecimiento, desventaja social o déficit que ocasionan

una discapacidad”. Se entiende por “ocupación a una actividad o tarea imprescindible para el cuidado propio, la productividad y el ocio”.²⁴

1.4.1.2 FUNCIONES DEL TERAPEUTA OCUPACIONAL

Entre las funciones del terapeuta ocupacional se encuentra la planificación de programas de intervención terapéutica a diversos grupos poblacionales y diversas patologías que limitan la funcionalidad, los cuales podrían ser: por pérdida o anomalía de un órgano o segmento corporal, limitaciones en el funcionamiento, requerimiento de rehabilitación, limitaciones al ejecutar actividades, restricción en la participación social, integración o movilidad, en asumir responsabilidades o en el manejo de la propia persona, etc.²⁵

Así mismo, dentro de los diversos abordajes terapéuticos, también evalúan y valoran a la persona en su entorno y contexto, mediante el análisis de sus capacidades, limitaciones, habilidades, potenciales, patrones de desempeño, motivaciones, participación en áreas ocupacionales, necesidades y expectativas de cambio, dimensiones ambientales o factores que inhiben, limitan, potencian o facilitan su desempeño ocupacional.⁷

Cabe mencionar que dentro de otras de las funciones del terapeuta ocupacional, se encuentran el adaptar, asesorar, fabricar y/o diseñar productos de apoyo, actividades y entornos para conseguir la máxima funcionalidad; Además, brindan pautas de actuación y uso de diferentes estrategias tanto a la persona como al cuidador principal. El terapeuta ocupacional selecciona modelos de intervención y sistemas de valoración con el fin de conseguir los objetivos propuestos.^{7, 26}

Posteriormente, se documenta el proceso del tratamiento, la evaluación continua de la “intervención y los resultados”; pueden “consensuar, informar y analizar procedimientos e intervenciones con el equipo interdisciplinario en todo lo referente al usuario”.²³

La visión holística es un pilar vital de la práctica de intervención del terapeuta ocupacional, generando la participación activa del usuario, siempre teniendo como

finalidad disminuir el nivel de dependencia y que la persona sea autónomo mediante la ocupación y el desarrollo de sus acciones cotidianas.²³

1.4.1.3 DESEMPEÑO OCUPACIONAL

En terapia ocupacional “cuando se emplean las ocupaciones, estas se seleccionan para sugerir y dirigir la organización del desempeño”. A diferencia de otras profesiones, el punto de vista de la terapia ocupacional se orienta a comprender las conexiones complejas entre la persona y su entorno y cómo son influidas por deterioros que restringen el desempeño.²⁷

Para la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF), el “desempeño o realización” es lo que el individuo hace en su ambiente y es la acción de involucrarse en una situación fundamental en el contexto real en el que viven.²⁸

Según el Marco de trabajo para la práctica de Terapia Ocupacional, el desempeño ocupacional es “el acto de hacer y completar una actividad u ocupación elegida y que es el resultado del intercambio dinámico entre el cliente, el contexto y la actividad. El mejorar o aumentar las habilidades y patrones en el desempeño ocupacional lleva a participar en ocupaciones o actividades”.⁹

Es decir, el desempeño ocupacional “es la realización de la ocupación, que resulta del equilibrio entre el cliente, contexto, ambiente y ocupación (u actividad), esto involucra elegir, organizar y desempeñar satisfactoriamente ocupaciones que sean significativas”.²⁹ Es así que “la valoración de TO se orienta a las áreas de desempeño ocupacional (categorías de la actividad humana que son parte de la vida cotidiana), a los componentes del desempeño (patrones de conducta aprendidos que se necesitan para participar de manera satisfactoria en las áreas del desempeño ocupacional) y a los contextos del desempeño (situaciones o factores que influyen en la participación del usuario en las áreas de desempeño deseadas y/o requeridas)”.³⁰

La intervención puede estar dirigida a los elementos de las áreas del desempeño ocupacional, las cuales son: las actividades de autocuidado, de trabajo, actividades productivas y actividades de juego y ocio.³⁰

1.4.1.4 ACTIVIDADES DE VIDA DIARIA

La Terapia Ocupacional usa el término de “ocupación” para capturar la esencia y significado de actividad, se enfoca en el desempeño de diversos tipos de ocupaciones en la que las personas participan, tales como actividades básicas de la vida diaria, actividades instrumentales de la vida diaria, descanso y sueño, educación, trabajo, juego, ocio y participación social.⁹

La terminación de Actividades de la vida diaria (AVD), tiene un origen relativamente reciente que se ha ido perfeccionando. Ann Catherine Trombly en 1983, conceptualizó las AVD como tareas que la persona realiza de su propio cuidado de manera independiente, incluyendo “el cuidado personal, la comunicación y el desplazamiento, con éstas enfatizó el valor que tienen al desempeñar roles personales y profesionales”. De manera muy similar, otros autores también consideraron a las AVD como “tareas de mantenimiento personal, movilidad, comunicación, el manejo del hogar; que ejecuta el individuo para lograr la independencia en su entorno”. Posteriormente, profundizan el concepto considerando a “aquellas actividades que permiten tener independencia económica y autonomía en otros ámbitos cotidianos como las actividades de participación social, comunitaria y lúdica; con ello en la década de 1990, Martorell y Romero realizan la división de las actividades de la vida diaria en actividades básicas e instrumentales de la vida diaria”.¹¹

Las “Actividades Básicas de la Vida Diaria” (ABVD) se distinguen por “ser universales y estar dirigidas a uno mismo”, están relacionadas a la supervivencia, mantenimiento e implica un mínimo esfuerzo cognitivo con el objetivo de lograr la independencia personal. Habitualmente dentro de las ABVD se incluyen la alimentación, el aseo, baño, vestido, movilidad personal, sueño y descanso.³² Mientras que “las actividades instrumentales de la vida diaria” (AIVD) se caracterizan por: teorizar “un mayor sesgo cultural, relacionadas al entorno, implica una mayor complejidad cognitiva y motriz y la interacción con el medio”, así como: “utilizar distintos sistemas de comunicación, hablar por teléfono, uso de medios de transporte, mantenimiento de la propia salud, manejo de dinero, realización de compras, establecimiento y cuidado del hogar”.³²

Según el contexto o los marcos teóricos que empleen diversos autores, se conocen los términos de actividades básicas, instrumentales y avanzadas. Pero, según la terminología de la Asociación Americana de Terapeutas Ocupacionales (AOTA) son: “cuidado personal, productividad y ocio/tiempo libre; no excluyentes entre sí”.³³

- Actividades de cuidado personal (automantenimeinto) y/o independencia personal: Son las actividades “relacionadas con la independencia personal, e incluyen la alimentación, evacuación, vestido, higiene personal, actividades asociadas a la movilidad, habilidades comunicativas, sexualidad, destrezas manuales finas y habilidades de procesamiento”.³³

- Actividades productivas: Son las actividades “relacionadas con las obligaciones requeridas para el cumplimiento de los roles individuales y que no están asociadas al automantenimiento o el ocio, pueden incluir: obligaciones domésticas y de administración del hogar, obligaciones académicas del estudiante, obligaciones laborales y obligaciones de cuidados de terceros (tales como el cuidado de los hijos, allegados u otras personas)”.³³

- Actividades de ocio y tiempo libre: “Son aquellas que participa el individuo con el fin de socializarse, relajarse o para satisfacer sus intereses y aficiones”.³³

Por otra parte, el CIF presenta las siguientes actividades cotidianas que las personas realizan:²⁸

- “Aprendizaje y utilización del conocimiento: experiencias sensoriales intencionadas, aprendizaje básico, aplicación de conocimiento, resolución de problemas y toma de decisiones. Tareas y demandas generales: realización de tareas sencillas o complejas, organizar rutinas y manejar el estrés”.

- “Comunicación: recepción y producción de mensajes, llevar a cabo conversaciones y utilización de instrumentos y técnicas de comunicación”.

- “Movilidad: cambiar y mantener la posición del cuerpo; llevar, mover y usar objetos; andar y moverse y desplazarse utilizando medios de transporte”.

- “Autocuidado: lavarse y secarse, cuidado del propio cuerpo, vestirse, comer, beber y cuidar la propia salud”.
- “Vida doméstica: conseguir un lugar para vivir, comida, ropa y otras necesidades; tareas del hogar (limpiar y reparar el hogar, cuidar los objetos personales y de los del hogar y ayudar a otras personas.”
- “Interacciones y relaciones interpersonales: llevar a cabo interacciones interpersonales, particulares y generales de manera adecuada al contexto y entorno social.”
- “Áreas principales de la vida: educación, trabajo y empleo, y vida económica.”
- “Vida comunitaria, social y cívica: participación en la vida social fuera del ámbito familiar.”²⁸

1.4.1.5 “ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA”

La Enfermedad Renal Crónica (ERC) puede afectar estructural o funcionalmente a los riñones; esta patología es determinada por la evidencia de daño renal por más de tres meses, está “se manifiesta a través de cambios en la composición de la sangre u orina y por la función renal disminuida”.^{34, 35}

Es decir, es “la pérdida lenta de la función de los riñones con el paso del tiempo”. Los riñones tienen como principal función “eliminar los desechos y el exceso de fluidos de la sangre”, además de que fabrican orina, controlan el equilibrio químico del cuerpo, ayudan a controlar la presión arterial y entre otras funciones.^{34, 35}

Dentro de las causas de ERC, las más frecuentes son aquellas que no son directamente propias del riñón, como la diabetes mellitus e hipertensión, sin embargo, también son frecuentes las enfermedades propias del riñón como lo son las enfermedades vasculares, enfermedades glomerulares, túbulo intersticiales y uropatías obstructivas.³⁴

Todo paciente con ERC debe realizarse estudios para determinar su “estado evolutivo, la potencial reversibilidad de la enfermedad, pronóstico” y de esa manera “optimizar

las opciones terapéuticas”; ya que esta enfermedad es un “proceso fisiopatológico multifactorial de carácter progresivo e irreversible que frecuentemente lleva a un estado terminal”, en el que el paciente requiere de Terapia de Reemplazo Renal, es decir diálisis o trasplante para poder vivir.^{34, 35}

La Enfermedad Renal Crónica se divide en cinco estadios según la Tasa de Filtración Glomerular (TFG) y la evidencia de daño renal.^{34, 35,36}

- **En el estadio 1**, por lo general no se evidencian síntomas, pero si se logra identificar daño renal con “TFG normal o aumentada (mayor o igual a 90ml/min/1.73m²)”.
- **El estadio 2**: En este estadio tampoco es común presentar síntomas, por eso el diagnóstico suele ser de manera incidental y está se da cuando el daño renal está asociado con una “ligera disminución de la TFG (entre 89 y 60 ml/min/1.73m²)”.
- **El estadio 3**: Aquí ya se evidencia una “disminución moderada de la TFG (entre 30 y 59 ml/min/1.73m²)”, por ello, se “presentan síntomas y complicaciones típicas”: “hipertensión, anemia y alteraciones del metabolismo óseo, fatiga en relación con la anemia, edemas, insomnio por el prurito, calambres musculares, cambios en frecuencia urinaria, espuma cuando hay proteinuria y coloración oscura que refleja hematuria, aumentando los riesgos de enfermedad cardiovascular”. Ahora bien, hay 2 etapas: La etapa temprana 3a, donde la “TFG en los pacientes está entre 59 y 45 ml/min/1.73m²”; y la etapa tardía 3b con “TFG entre 44 y 30 ml/min/1.73m²”. Por la disminución de la función renal las sustancias tóxicas se acumulan en el torrente sanguíneo ocasionado uremia.
- **El estadio 4**: Por el daño renal avanzado con una disminución grave de la “TFG entre 15 y 30 ml/min/1.73m²”, estos pacientes son propensos de pasar al siguiente estadio y de presentar “complicaciones cardiovasculares”; agregado a lo anterior presentan “náuseas, sabor metálico, aliento urémico, anorexia, dificultad para concentrarse y alteraciones nerviosas como entumecimiento u hormigueo de las extremidades”³⁵.

- **El estadio 5:** se refiere a la “insuficiencia renal crónica terminal”, aquí la tasa de filtración glomerular está por debajo de 15 ml/min/1.73m²”. Y se requiere de un tratamiento sustitutivo.³⁵

1.4.1.6 TRATAMIENTO EN ENFERMEDAD RENAL

Si la persona se encuentra en la quinta etapa, o sea, en una enfermedad renal crónica terminal, se indican: “trasplante renal, que es un procedimiento quirúrgico para implantar un riñón sano al paciente con insuficiencia renal y el otro procedimiento es la diálisis, que reemplaza la función de los dos riñones dañados mediante un filtro que purifica la sangre; hay dos formas de diálisis”: La “diálisis peritoneal” y la “hemodiálisis”.^{35, 36}

En la diálisis peritoneal (DP) se implanta un pequeño tubo flexible (catéter) en el abdomen de forma permanente, es una cirugía menor, donde se introduce el fluido de diálisis en la cavidad peritoneal a través del catéter.³⁷

1.4.1.6.1 HEMODIÁLISIS

“La hemodiálisis no es un tratamiento curativo de la insuficiencia renal, no altera el curso natural de la enfermedad renal subyacente, ni reemplaza por completo la función del riñón, pero permite mantener al paciente de modo indefinido, y dar tiempo a que la función renal se recupere, si ello es posible”. Este es un método de “depuración extracorpórea” de la sangre que reemplaza parcialmente ciertas funciones de los riñones, primordialmente la de “filtro depurador”, de esta manera se permite controlar de modo artificial la composición de agua y otras sustancias cuya acumulación es tóxica para el organismo, así puede mantener la vida de modo indefinido.³⁸

La hemodiálisis (HD) normalmente se realiza “en una instalación adecuada, un cuarto especializado en un hospital o en una clínica con máquinas, doctores, enfermeras y técnicos especialistas”; tradicionalmente en HD hacen “circular la sangre continuamente por un circuito externo, durante unas 3 a 4 horas, en el circuito hay un filtro dializador que extrae de la sangre el exceso de agua y diversas sustancias acumuladas”. Además precisan “acceso vascular definitivo (fístula arteriovenosa) para

la extracción de la sangre a un flujo adecuado, y devolución de la misma, una vez que pasa por el dializador”. “La duración y frecuencia de las sesiones de HD dependerán de la causa y gravedad del fallo renal” y por las condiciones físicas u otras enfermedades agudas o crónicas.³⁹

El usuario en hemodiálisis puede presentar numerosos problemas y complicaciones, como la acentuación de la “alteración del metabolismo de los lípidos, la perturbación en el metabolismo del calcio causando osteodistrofia renal, que a su vez causa fracturas y dolor óseo”. Por otra parte, “la insuficiencia cardíaca congestiva, la ateriopatía coronaria, el dolor anginoso, la apoplejía y la insuficiencia vascular periférica suelen incapacitar al usuario”. Asimismo, la anemia y la fatiga disminuyen el bienestar físico y emocional, limitando su energía y motivación; sumado a ello, el estrés fisiológico que genera la enfermedad, la farmacoterapia y problemas afines pueden producir úlceras gástricas y otros problemas gastrointestinales; en conclusión, la cardiopatía coronaria es la causa principal de mortalidad en personas sometidas a HD.⁴⁰

El impacto que genera la ERC en una persona, está “estrechamente relacionado con el desempeño ocupacional y la calidad de vida”. La calidad de vida de los usuarios en hemodiálisis disminuyen, estando sujetos a cambios en el estilo de vida, que van de la mano con el tratamiento sustitutivo renal que estén realizando y sus complicaciones; sumado a ello, pueden presentar “deterioro en la función física, mental, emocional, laboral y espiritual”; el desempeño ocupacional de la vida diaria, muestra cambios significativos en la percepción de la calidad de vida del paciente renal, generando cambios en sus rutinas y las expectativas sobre su futuro. La Terapia Ocupacional, podría realizar una reestructuración de lo cotidiano en esta población.¹²

1.4.2. Definición de Términos

- **Enfermedad Renal Crónica:** La enfermedad renal crónica (ERC) es un proceso prolongado y por lo general lento en el cual los riñones pierden su función de manera gradual. “La ERC se puede clasificar en 5 estadios. La enfermedad puede tardar años en pasar de una función renal por debajo de lo normal (ERC en estadio 1) a una insuficiencia renal crónica (ERC en estadio 5). El estado crónico significa daño renal permanente causado, por ejemplo, por la diabetes, la hipertensión, diferentes infecciones en los tejidos de los riñones (glomerulonefritis) y consumo excesivo de algunos medicamentos que pueden, a largo plazo, reducir la función renal”.⁴¹

- **Hemodiálisis:** “La hemodiálisis es un tratamiento en el que la sangre se filtra fuera del cuerpo utilizando una máquina de diálisis”. “Durante la hemodiálisis la sangre se extrae de un vaso sanguíneo y se pasa por un filtro sintético, llamado dializador. En el dializador la sangre se limpia antes de volver a ingresar al organismo por lo que al dializador los suelen llamar riñón artificial”.⁴²

- **Terapia ocupacional:** Es el “conjunto de técnicas, métodos y actuaciones que, a través de actividades aplicadas con fines terapéuticos, previene y mantiene la salud, favorece la restauración de la función, suple los déficit invalidantes y valora los supuestos comportamentales y su significación profunda para conseguir la mayor independencia y reinserción posible del individuo en todos sus aspectos: laboral, mental, físico y social”.⁹

- **Desempeño:** “Es la capacidad de poder realizar y terminar una determinada actividad.”²⁸ Para poder medir en la presente investigación el desempeño en la realización de actividades básicas de la vida diaria se aplicará como instrumento de evaluación el índice de Barthel y con la finalidad de determinar el desempeño en las actividades de instrumentales de vida diaria se empleará la escala de Lawton y Brody”.

- **Actividades de vida diaria:** “Son las actividades que la persona realiza en el día a día, estableciendo hábitos y rutinas cuando estas se llevan a cabo de forma independiente”.³¹

- **Actividades Básicas de Vida Diaria:** las ejecutamos todos los días, siendo necesarias para poder vivir.³³

- **Actividades Instrumentales de Vida Diaria:** Pueden ser opcionales, genera interacción con el medio, personas, etc. Y es necesaria para una autonomía.³³

- **Índice de Barthel:** “El Índice de Barthel (IB) es una medida de la discapacidad física con demostrada validez y fiabilidad, fácil de aplicar y de interpretar y cuyo uso rutinario es recomendable. El IB es útil para valorar la discapacidad funcional en las actividades de la vida diaria. Ha sido aplicado fundamentalmente en ámbitos hospitalarios y en centros de rehabilitación pero su posible utilidad en determinados estudios epidemiológicos (sobre todo población anciana y población institucionalizada) debe ser también tomada en consideración”. Este índice tiene un bajo costo en su aplicación y su potencial utilidad para el seguimiento de evolución en pacientes y para el ajuste en los estudios de causa.⁴³

- **Escala de Lawton y Brody:** “Escala que permite valorar la capacidad de la persona para realizar las actividades instrumentales”. “Actividades necesarias para vivir de manera independiente en la comunidad como hacer las compras, preparar la comida, manejar dinero, usar el teléfono, tomar medicamentos, etc.”.⁴⁴

1.4.3. Formulación de Hipótesis

H₁: Los usuarios que asisten a la unidad de hemodiálisis del Hospital Central de la Fuerza Aérea del Perú tienen un nivel de dependencia moderado en el desempeño de sus actividades básicas e instrumentales de la vida diaria.

CAPÍTULO II

MÉTODOS

2.1. DISEÑO METODOLÓGICO

2.1.1. Tipo de Investigación

El enfoque de la investigación es un estudio cuantitativo de tipo exploratorio y descriptivo.

2.1.2. Diseño de la Investigación

El estudio tiene un diseño no experimental, observacional, prospectivo y no aleatorio, ya que nos permite explicar los sucesos en un momento definido, sin influir.

2.1.3. Población

Está compuesta por todos los usuarios asistentes de manera ambulatoria a la Unidad de Hemodiálisis en los meses de agosto a octubre del año 2019.

2.1.4. Muestra y Muestreo

Se evaluaron 37 usuarios adultos que acudieron a la unidad de hemodiálisis del Hospital Central FAP y que cumplieron con los criterios de inclusión.

2.1.4.1. Criterios de Inclusión

- Personas adultas que asisten a la unidad de hemodiálisis del Hospital Central de la Fuerza Aérea a seguir el tratamiento durante el periodo de la ejecución de la presente investigación.
- Usuarios en hemodiálisis que acepten participar y previamente firmen el consentimiento informado.

2.1.4.2 Criterios de Exclusión

- Sujetos que se encuentren hemodializando estando hemodinámicamente inestables.
- Usuarios de hemodiálisis con otra patología discapacitante.

2.1.5. Variables

Variable₁: “Actividades de vida diaria”

Variable₂: “Desempeño”

2.1.6. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Debido a la gran influencia sociocultural se deben emplear instrumentos de evaluación que puedan ser válidos en dicha población; mayormente las evaluaciones inician con una primera evaluación de las AVD y, en función de ésta, se puede planificar y realizar una evaluación más exhaustiva.³³ El parámetro utilizado para medir el desempeño ocupacional es el nivel de independencia que tienen los usuarios al ejecutar una tarea, para ello “los terapeutas ocupacionales pueden seleccionar entre distintas herramientas de evaluación que miden la independencia”.⁷

En la presente investigación, se seleccionó el uso de dos pruebas estructuradas y estandarizadas a todos los pacientes que constituyen la muestra, para medir el desempeño en las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, mediante la evaluación de los instrumentos del índice de Barthel y escala de Lawton y Brody, respectivamente.

“El INDICE DE BARTHEL” (Anexo N°1)^{43, 45}

El “índice de Barthel” (IB) conocido también como el índice de discapacidad de Maryland fue publicado en 1965 por Mahoney y Barthel, se usó para el seguimiento de la independencia en el autocuidado de pacientes con patología neuromuscular y/o musculoesquelética que ingresaban a hospitales crónicos de Maryland.

Esta prueba mide el nivel de independencia del paciente con respecto a la realización de algunas actividades básicas de la vida diaria, además, es la escala con más uso internacionalmente para la valoración funcional de pacientes con enfermedad cerebrovascular aguda, también en los servicios de geriatría y de rehabilitación; el índice se puede emplear para estimar la necesidad de cuidados personales, organizar ayudas a domicilio y valorar la eficacia de los tratamientos.⁴³

El IB evalúa diez tareas las cuales son: “comida, lavado (baño), vestido, arreglo, deposición, micción, ir al retrete, transferencia (traslado cama/sillón), deambulaci3n, subir y bajar escaleras”, estos diez ítems fueron elegidos empíricamente, “a partir de las opiniones de fisioterapeutas, enfermeras y médicos, o sea, no hay un modelo teórico previo que justifique la elecci3n de estas actividades”.⁴⁵

La puntuaci3n varía entre los rangos de 0 y 100 (90 para pacientes en silla de ruedas). Cuanto menor es la puntuaci3n de la persona más dependencia tiene y cuánto más alta sea o esté más cerca de 100 mayor será la independencia; la interpretaci3n sugerida por sobre la puntuaci3n final es: “0-20: Dependencia total, 21-60: Dependencia severa, 61-90: Dependencia moderada, 91-99: Dependencia escasa y 100: Independencia”.⁴³

- Validez:

El IB “es un buen predictor de la mortalidad”, probablemente esta asociaci3n sea por su habilidad para medir discapacidad, presentando una asociaci3n fuerte y consistente.³⁹ Además, las puntuaciones del IB tienen relaci3n “con la respuesta a los tratamientos de rehabilitaci3n en el ámbito hospitalario, donde pacientes de mayor puntuaci3n y menor grado de discapacidad mostraban evoluci3n favorable” a diferencia de los que tenían menores puntuaciones del IB; “los pacientes de ACV que llevan un tratamiento precoz tienen una mejoría del IB más rápida que los que lo reciben más tarde. Finalmente, hay una relaci3n de la puntuaci3n del IB y la evaluaci3n hecha por el clínico al alta”.⁴⁴

- Confiabilidad:

Su versi3n original, tuvo un primer estudio de fiabilidad por “Loewen y Andersen” quienes verificaron “la fiabilidad mediante pruebas de concordancia inter e intraobservador, para hacerlo posible capacitaron a catorce terapeutas que haciendo uso de videos puntuaron la realizaci3n de actividades de los pacientes”. “De los resultados de este estudio se deduce una buena fiabilidad interobservador, con índices de Kappa entre 0,47 y 1,00. Con respecto a la fiabilidad intraobservador se obtuvieron índices de Kappa entre 0,84 y 0,972”. “Roy et al. informaron de una fiabilidad interobservador muy elevada en un estudio que utilizaba tres evaluadores (un médico

y dos fisioterapeutas). En cuanto a la evaluación de la consistencia interna, se ha observado un alfa de Cronbach de 0,86-0,92 para la versión original y de 0,90-0,92 para la versión propuesta por Shah et al”.⁴⁴

“ESCALA DE LAWTON Y BRODY” (Anexo N°2)^{44, 45, 46}

Con el fin de “evaluar la autonomía física y AIVD en población adulta mayor” el “Philadelphia Geriatric Center” la publicó y desarrollo en el año 1969. Esta escala “es uno de los instrumentos más usados en la medición de actividades instrumentales de la vida diaria”, “es objetivo, breve y muy sensible para detectar las primeras señales de deterioro del adulto mayor”; tiene la ventaja que permite estudiar y analizar tanto su puntuación general y la de cada uno de sus ítems.⁴⁵

Dimensionan ocho “actividades”: “capacidad para utilizar el teléfono”, “hacer compras”, “preparación de la comida”, “cuidado de la casa”, “lavado de la ropa”, “uso de medios de transporte”, “responsabilidad respecto a la medicación y administración de su economía”, la información puede ser obtenida por el paciente, por su familiar o por su cuidador; “La puntuación final es la suma de todas las respuestas y oscila entre 0 (dependencia total) y 8 (independencia)”.⁴⁷ “De acuerdo con los puntajes obtenidos, los resultados pueden estratificarse de la siguiente manera: 0-1 dependencia total, 2-3 dependencia severa, 4-5 dependencia moderada, 6-7 dependencia ligera y 8 es independiente”.⁴⁸

Las variables de la prueba son influidas por aspectos culturales y del entorno, la puntuación de algunos ítems de las actividades que presenta la “escala pueden reflejar ciertas situaciones sociales más que el verdadero grado de capacidad del individuo”, por ello, sería opcional adaptarlo según la población o en todo caso según la persona; aunque la consideran una escala más apropiada para las mujeres, también recomiendan aplicarlas en hombres, aún están pendientes de identificar según los patrones sociales las actividades que solo ellos realizan.

- Validez:

“Tiene coeficiente de reproductividad inter e intraobservador alto (0.94)”.

- Confiabilidad:

“No se han comunicado datos de fiabilidad o en general es una escala sensible pero poco específica. En el estudio original se estimó el alpha de Cronbach ($r = .89$) con base en los datos reportados por los cuidadores de 59 pacientes”.⁴⁶

2.1.7. Procedimientos y análisis de datos

1) Habiendo obtenido la Resolución de Decanato “R.D” del proyecto de investigación de parte del “Comité de Ética” de la “EAP de Tecnología Médica”, Facultad de Medicina de la “UNMSM”, habiéndose emitido la correspondiente. (ANEXO 3)

2) Mediante un oficio cursado, se instó el permiso respectivo a la Dirección General del “Hospital Central de la Fuerza Aérea del Perú” para realizar la ejecución de la investigación en dicha institución. (ANEXO 4)

3) A petición del Departamento de Educación del Hospital Central FAP, se exhortó una reunión con la jefa de enfermería de la Unidad Renal, para esclarecer dudas acerca de la investigación, con el motivo de obtener su apoyo y por consiguiente el permiso .

4) Cumpliendo los requisitos de la institución, se volvió a solicitar la autorización para la ejecución, esta vez dirigido al Departamento de Educación del Hospital Central FAP (ANEXO 5)

5) Al obtener la aceptación de las jefaturas y departamentos correspondientes se realizó una visita de presentación ante el personal asistencial de la unidad renal y algunos usuarios presentes. Además, se solicitó al personal de enfermería el registro de los pacientes renales y de sus cuidadores o familiares que acuden con regularidad a la unidad de hemodiálisis del Hospital Central FAP.

- 6) Luego de haber obtenido los datos generales, se coordinó con la jefatura de enfermería, para efectuar las evaluaciones a los integrantes de la muestra que asisten en forma ambulatoria a la Unidad de Hemodiálisis.
- 7) Se explicó a los usuarios todo lo relacionado al estudio y los beneficios que se podrían obtener; también, se les informó sobre el consentimiento informado para posteriormente aplicar la evaluación que será en la misma institución y sin interrumpir su tratamiento. Se les agradeció su participación.
- 8) Se realizó la entrega a los pacientes y/o familiar del consentimiento informado para su aceptación, mediante su firma.
- 9) Se solicitó que cada paciente que haya aceptado y firmado el consentimiento informado y esté dispuesto a proceder, nos brinden un tiempo aproximado de 30 minutos para realizar la aplicación del instrumento del Índice de Barthel y la Escala de Lawton y Brody.
- 10) Los datos obtenidos en la primera y única evaluación del Índice de Barthel y la escala de Lawton y Brody se organizaron y almacenaron en Microsoft Excel.
- 11) Posteriormente, se procedió a realizar el vaciado de datos para ser procesados con el Programa SPSS 25.
- 12) Se efectuó el procesamiento estadístico de la información en el Programa SPSS 25.
- 13) Seguidamente se efectuó la tabulación de “tablas de resúmenes” y “gráficos” de la información resultante de las pruebas empleadas.
- 14) Se detallaron los datos adquiridos y se integraron conjuntamente los recursos para la representación, análisis y descifrar datos codificados, los cuales se simbolizaron a través de gráficos, tablas de frecuencia y tablas de doble entrada.

2.1.8. Consideraciones éticas

En la elaboración de este trabajo se han sopesado los valores éticos universalmente aprobados: “autonomía”, “justicia”, “beneficencia” y “no-maleficencia”.

El “principio de autonomía” se declara como la consideración a la disposición para disponer que tiene el sujeto; se infiere que ellos obtaron libremente cooperar y participar del estudio, aceptando y firmando el “consentimiento informado”.

El “principio de justicia” insiste en lo imprescindible que es la igualdad en el trato hacia todos los pacientes adultos renales durante la elaboración de la toma de datos.

El “principio de beneficencia”, se fundamenta en enterar el fin de las tasaciones en busca de la comodidad del paciente adulto renal y que tengan acceso a los resultados.

El “principio de no maleficencia”, donde bajo ninguna circunstancia se infligió a algún sujeto en estudio, respetando siempre su integridad y brindándoles las medidas de seguridad durante el desarrollo de la investigación.

Confidencialidad de la información de las evaluaciones realizadas a los usuarios y manteniendo en el anonimato sus datos personales.

Ética, se respetaron los derechos de autor de la literatura consultada, fueron mencionados en las referencias bibliográficas.

CAPÍTULO III

RESULTADOS

Tabla 1. Datos sociodemográficos de usuarios de hemodiálisis del HCFAP.

		Número	Porcentaje
Diagnóstico	DM - HTA	14	37,80%
	HTA	11	29,70%
	OTROS	7	18,90%
	DM	5	13,50%
Vínculo familiar	titular	13	35,10%
	papá	3	8,10%
	mamá	12	32,40%
	esposa	5	13,50%
	hijo	2	5,40%
	hija	2	5,40%
Ocupación	militar	12	32,40%
	abogado	2	5,40%
	ama de casa	12	32,40%
	profesor	3	8,10%
	otros	8	21,60%
Compañía	hijos	9	24,30%
	esposo (a)	8	21,60%
	solo (a)	13	35,10%
	mamá	1	2,70%
	alternado	6	16,20%

En la Tabla 1. Se hace mención a las patologías bases, presentándolo de forma decreciente, la Hipertensión Arterial (HTA) junto a la Diabetes Mellitus (DM) son el diagnóstico con mayor población representado con el 37.8 % (14).

El 35.10% (13) es titular en el seguro de atención de salud militar del HCFAP, el 32.40% (12) es atendida por tener el vínculo de madre de un titular, el 32.40% restante es conformado por diversos parentescos del titular.

El 32.4 % (12) tienen como ocupación ser militares y de igual manera 12 personas son amas de casa representando el 32.4%, siendo estas las de mayor cantidad del total. Además, Las personas que suelen acompañar a los usuarios suelen ser los hijos con un 24.3 % (9), seguido por esposa o esposo con el 21.6 % (8) y el 16.2 % (6) de manera alternada, es decir, acompañado por un familiar, cuidador profesional y/o no profesional.

Tabla 2. Edad y sexo de usuarios de hemodiálisis del HCFAP.

		Sexo					
		Femenino		Masculino		Total	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%
Edad	<= 25	1	2,70%	0	0,00%	1	2,70%
	26 - 45	1	2,70%	2	5,40%	3	8,10%
	46 - 65	4	10,80%	5	13,50%	9	24,30%
	66 - 85	11	29,70%	9	24,30%	20	54,10%
	86+	2	5,40%	2	5,40%	4	10,80%
	Total	19	51,40%	18	48,60%	37	100,00%

Se entrevistó a un total de 37 (100%) usuarios que asisten a la unidad de hemodiálisis en el HCFAP de los cuales 19 usuarios corresponden al sexo femenino representando el 51.40% y 18 pertenecen al sexo masculino representando el 48.60%. Siendo el grupo de 66 – 85 años de edad el que más porcentaje tiene (54.10%).

El término medio en edad: 67; 54.10% (20) tienen de 66 a 85 años de edad; además, el 24.30% (9) de 46 a 65 años, 10.80% (4) de 86 años a más, 8.10 % (3) de 26 a 45 años, y por último el 2.70% (1) menor de 25 años.

Tabla 3. Características de la atención en hemodiálisis.

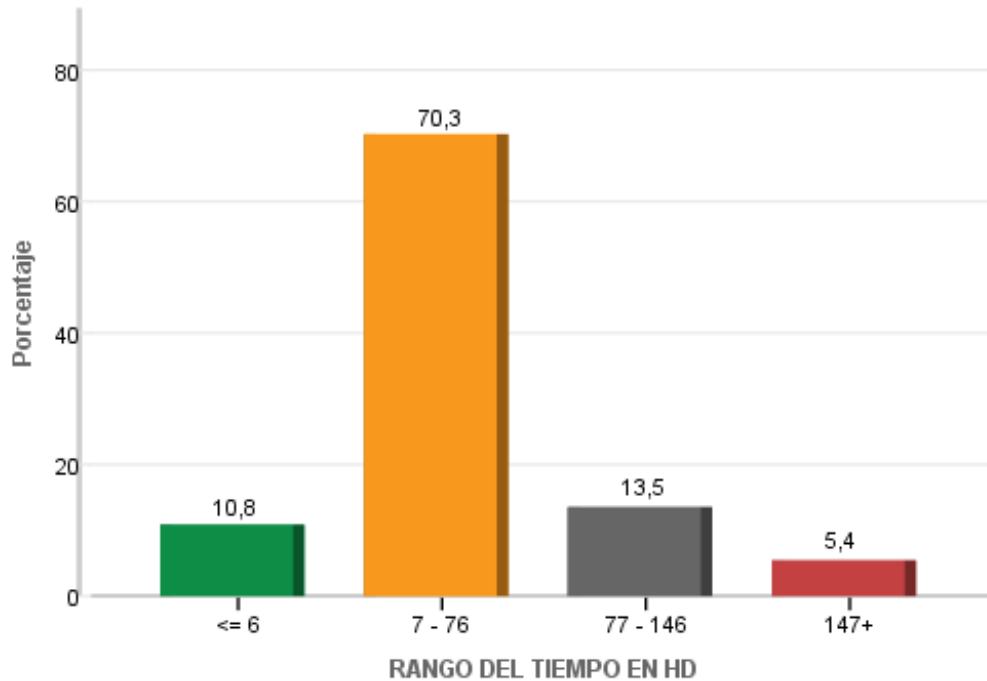
		Nº	%
Días a la semana	L Y V	1	2,70%
	L-M-V	23	62,20%
	M-J-S	13	35,10%
Turnos al día	8:00 a.m.	17	45,90%
	12:00 m.	15	40,50%
	3:00 p.m.	5	13,50%
Veces a la semana	2	1	2,70%
	3	36	97,30%
Duración de HD en horas al día	3 h	5	13,50%
	3- 4 h	5	13,50%
	4 h	26	70,30%
	4 - 5 h	1	2,70%

De la tabla 3 se aprecia que del total de usuarios de hemodiálisis la mayoría con el 62.20% (n = 23) asisten los días lunes, miércoles y viernes a la semana, el 35.1 % (n=13) asisten los días martes, jueves y sábados, mientras que solo una persona asiste dos veces a la semana los días lunes y viernes siendo representado por el 2.7 %. Es decir el 97.30% (36) asisten tres veces a la semana y el 2.70% dos días a la semana.

Asimismo, el primer turno de las 8 a.m. tiene mayor población con 45.9% (17) usuarios, 40.5% (15) usuarios a las 12 m y en el último turno de las 3pm habían 13.5% (5) personas.

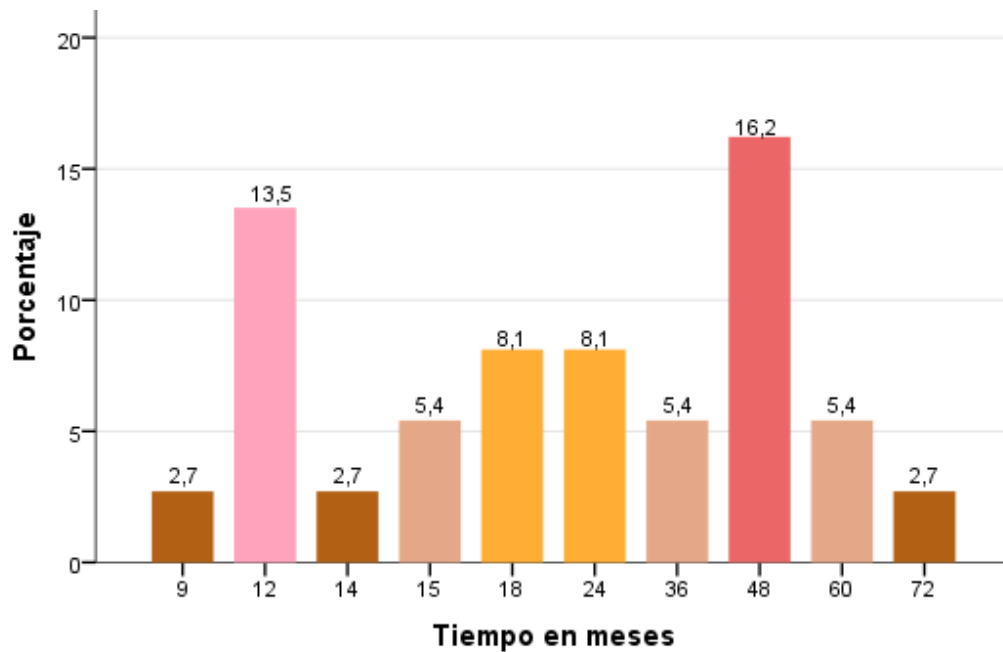
De las 37 personas 26 de ellas se hemodializan 4 horas al día, el cual representa el 70.3% del total y solo una persona se hemodializa de 4 a 5 horas representando el 2.70%.

Gráfico 1. Tiempo en meses de hemodiálisis.



Se constata que de todos, 26 realizaron hemodiálisis en un periodo de 7 a 76 meses representando el 70.3 %, 5 llevan de 77 a 146 meses en tratamiento constituyendo el 13.5 %, 4 usuarios tienen menor e igual a 6 meses representan el 10.81% y por último la menor cantidad equivale a 2 usuarios que asisten a hemodiálisis por más de 147 meses que representa el 5.4 %, de un total de 37 representado por el 100% de usuarios que asistieron a la unidad renal.

Gráfico 2. Rango de 7 – 76 meses en hemodiálisis.



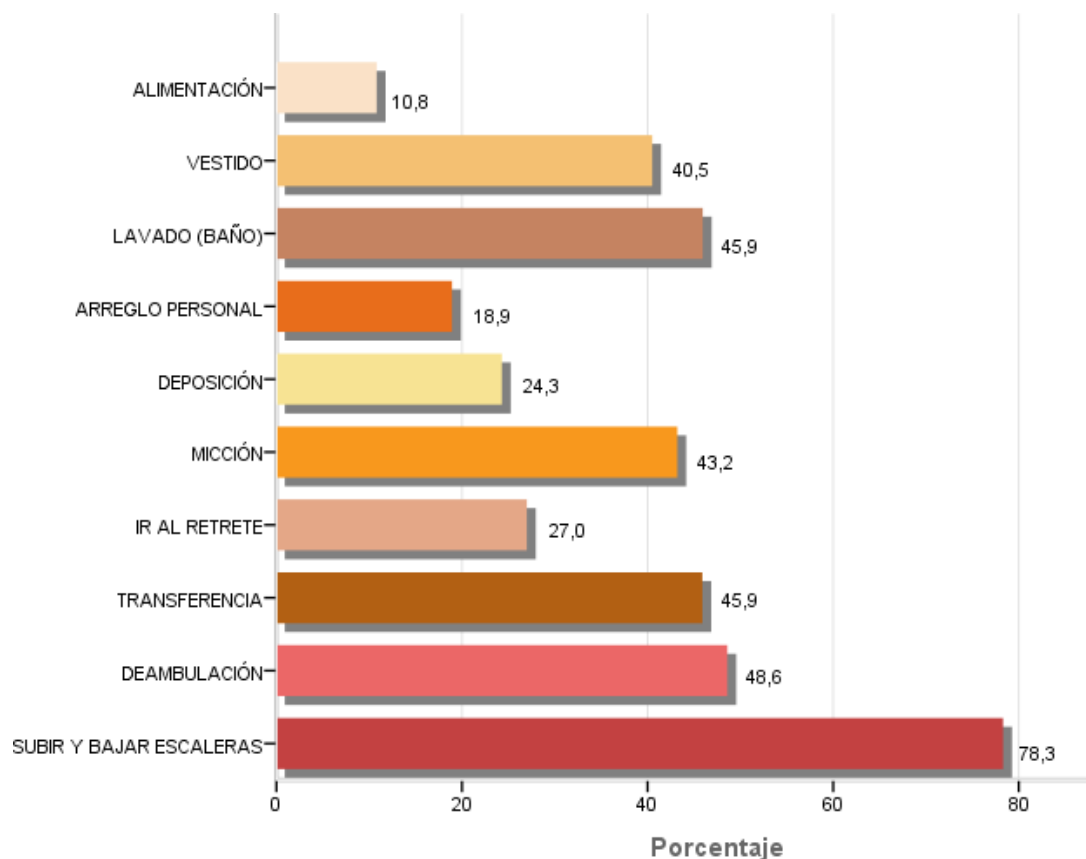
De todos los meses que están comprendidos dentro del rango del periodo de 7 a 76 meses representando el 70.3 %, se halló que 6 personas llevan 48 meses en tratamiento constituyendo el 16.2 %, 5 usuarios tienen una permanencia de 12 meses realizando el tratamiento constituyendo el 13.5%, seguido de los usuarios que permanecen 18 y 24 meses correspondiente al el 8.1 % (3).

Tabla 4. Nivel de independencia en ABVD según el Índice de Barthel.

Clasificación según: Índice de Barthel		
	Nº	%
<= 20	0	0,00%
21 – 60	9	24,30%
61 – 90	17	45,90%
91 – 99	6	16,20%
100	5	13,50%

En esta tabla, según la puntuación del “Índice de Barthel”, del total de la población determinada por 37 usuarios de hemodiálisis de la unidad renal del HCFAP en los periodos de agosto a octubre del 2019, ninguno presenta dependencia total, 9 personas que corresponden al 24.3 % son dependientes severos, 45.9 % (17) dependencia moderada, 16.2% (6) corresponde a dependencia leve y 13.5% (5) con total independencia.

Gráfico 3. Actividades básicas de vida diaria con mayor dependencia.



Del gráfico revelan las actividades que el usuario en hemodiálisis requiere asistencia o no realiza. Del total de 37 usuarios evaluados 78.30% (29) de ellos son dependientes o necesitan ayuda para realizar la actividad de subir y bajar las escaleras, siendo esta la de mayor cantidad, 48.60% (18) usuarios son dependientes en deambulación, 45.90% (17) en transferencia y de igual manera en lavado o baño, 43.20% (16) en micción, 40.5% (15) en vestido, 27% (10) en el uso de retrete, 24.30% (9) en deposición, 18.90% (7) en arreglo personal y por último, solo 10.80 % (4) usuarios son dependientes en la actividad de alimentación.

Tabla 5. Nivel de independencia en AIVD según la Escala de Lawton y Brody.

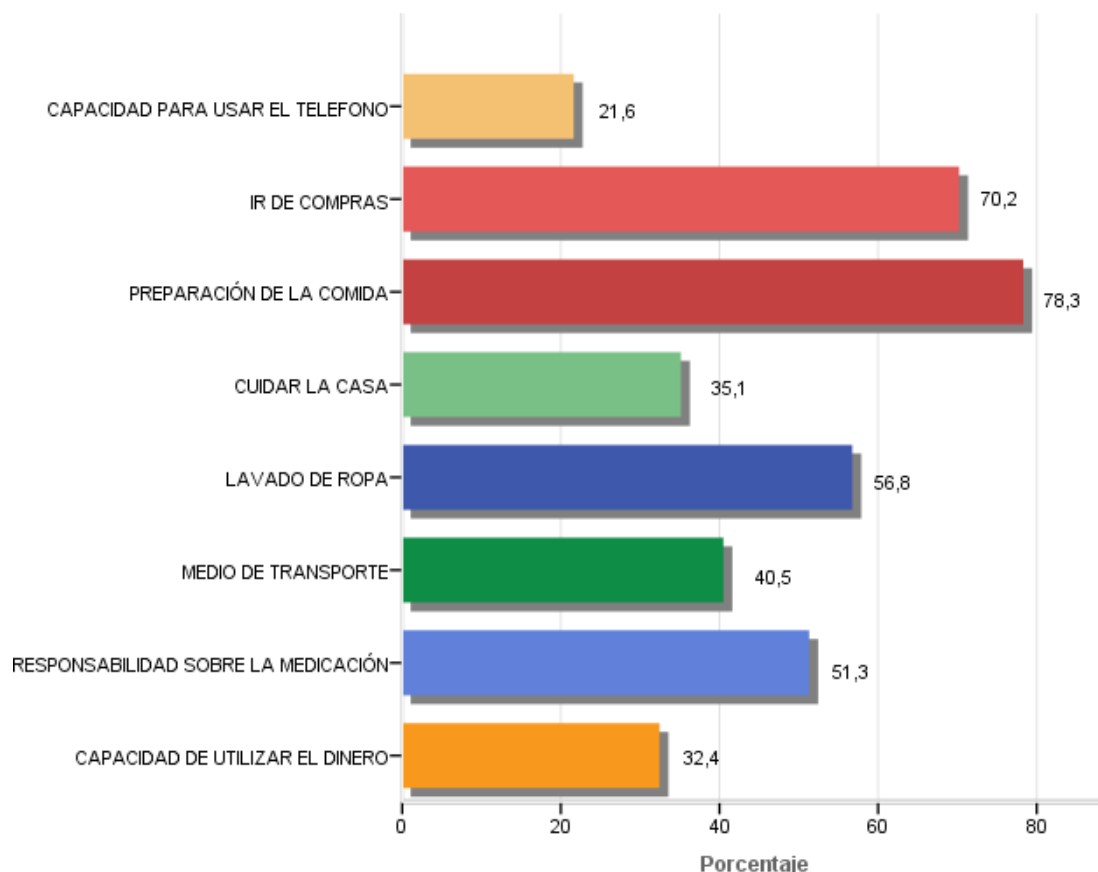
Puntuación de la escala de Lawton y Brody		
	Nº	%
0 – 1	7	18,9
2 – 3	8	21,6
4 – 5	10	27
6 – 7	10	27
8	2	5,4

En la tabla se observa que 2 personas representadas por el 5.4 % son independientes en el desempeño de sus actividades instrumentales de la vida diaria y 7 usuarios equivalentes al 18.9% son dependientes totales en las mismas.

Además, el puntaje máximo es tanto en dependencia leve y dependencia moderada con 10 usuarios representando el 27.0 % cada uno de ellos, seguido por 8 personas en dependencia severa con un porcentaje de 21.6 % y 7 en dependencia total equivalente al 18.9% del total de usuarios en hemodiálisis.

Según la tabla, 35 personas tienen algún tipo de dependencia representando el 94.5% (35) del total.

Gráfico 4. Actividades Instrumentales de vida diaria con mayor dependencia.



En el gráfico 7, se muestran las actividades instrumentales donde el usuario en hemodiálisis requiere asistencia o no realiza.

Del total de 37 usuarios evaluados 78.30% (29) son dependientes en la preparación de comida ya que ellos necesitan que alguien les sirva o prepare la comida, siendo esta la de mayor cantidad.

El 70.20% (n= 26) usuarios son dependientes en la actividad de ir de compras, luego el 56.80% (21) son dependientes o requieren ayuda en la actividad de lavado de ropa, el 51.30% (19) muestra dependencia en responsabilidad sobre medicación, 40.50% (15) en el uso de medio de transporte, seguido por el 35.1% (13) en cuidado de casa,

32.4% (12) en capacidad de utilizar el dinero y el 21.6% (8) usuarios son dependientes o requieren asistencia en la actividad de capacidad para usar el teléfono.

En la valoración de la Escala de Lawton y Brody se tiene en cuenta que hay actividades según el contexto social que no se realizan necesariamente por un tema de dependencia, tal es el caso de la preparación de la comida, cuidado de casa (limpieza) y lavado de ropa; omitiendo estas actividades, la actividad con menor desempeño sería ir de compras con 70.20% (26) y 19 usuarios en la actividad de responsabilidad en medicación equivalente al 51.30%.

Tabla 6. “Preparación de la comida”

		Sexo de usuarios en HD					
		Femenino		Masculino		Total	
		N°	%	N°	%	N°	%
Preparación de la comida	Requiere que alguien prepare/sirva sus alimentos	8	21,60%	6	16,20%	14	37,80%
	Prepara, calienta, sirve, sin una dieta adecuada	3	8,10%	1	2,70%	4	10,80%
	Hace alimentos con ingredientes previos	8	21,60%	3	8,10%	11	29,70%
	Hace todo lo anterior sin cooperación	0	0,00%	8	21,60%	8	21,60%
	Total	19	51,40%	18	48,60%	37	100,00%

De la tabla se destaca que 8 usuarios representando el 21.6% muestran mayor independencia al preparar la comida, siendo capaces de organizar, preparar y servir las comidas adecuadas y todos estos usuarios pertenecen al sexo masculino.

El 37.8% (14) necesitan que le preparen y sirvan los alimentos, de ellos la mayoría con el 21.6% (8) son del sexo femenino y 16.2% (6) son de sexo masculino.

El 51.3% (19) que necesitan algún tipo ayuda física o verbal son mujeres y el 27.0% (10) son varones.

Tabla 7. “Ir de compras”

		Sexo de usuarios en HD					
		Femenino		Masculino		Total	
		N°	%	N°	%	N°	%
Ir de compras	Totalmente incapaz de comprar	9	24,30%	5	13,50%	14	37,80%
	Necesita ir acompañado para realizar cualquier compra	4	10,80%	2	5,40%	6	16,20%
	Realiza independientemente pequeñas compras	5	13,50%	1	2,70%	6	16,20%
	Realiza las compras necesarias independientemente	1	2,70%	10	27,00%	11	29,70%
	Total	19	51,40%	18	48,60%	37	100,00%

En la tabla 7 destaca la mayor cantidad en el ítem “completamente incapaz de ir de compras” con 14 equivalente al 37.8%, además el 24.3% (9) de ellos son del sexo femenino y el 13.5% usuarios masculinos.

Luego, 27.0% (10) de varones y solo una mujer representando el 2.7% realizan todas las compras con independencia.

El 48.6% (18) de mujeres y el 21.6% (8) de varones requieren asistencia para realizar compras de manera independiente.

Tabla 8. “Lavado de ropa”

		Sexo de usuarios en HD					
		Femenino		Masculino		Total	
		N°	%	N°	%	N°	%
Lavado de ropa	Todo el lavado de ropa debe ser realizado por otro	10	27,00%	11	29,70%	21	56,80%
	Lava vestimentas pequeñas	5	13,50%	1	2,70%	6	16,20%
	Lava por si solo toda su ropa	4	10,80%	6	16,20%	10	27,00%
	Total	19	51,40%	18	48,60%	37	100,00%

En la tabla se muestra que el 56.8% (21) requiere de alguien para realizar el lavado de su ropa, siendo del sexo femenino 10 personas que representan el 27% y 11 varones equivalente al 29.7%.

16.2% (6) lavan por si solo pequeñas prendas, 13.5%(5) son mujeres y un varón (2.7%).

Son completamente independientes en el lavado de su ropa personal 10 personas (27%), de ellas el 16.2% (6) son mujeres y el 10.8% (4) son varones.

Tabla 9. “Cuidar la casa”

		Sexo de usuarios en HD					
		Femenino		Masculino		Total	
		N°	%	N°	%	N°	%
Cuidar la casa	No participa en ninguna labor de la casa	9	24,30%	4	10,80%	13	35,10%
	Necesita ayuda en todas las labores de la casa	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
	Hace tareas livianas, sin nivel de limpieza admisible	4	10,80%	3	8,10%	7	18,90%
	Asea platos o camas (tareas livianas)	5	13,50%	4	10,80%	9	24,30%
	Se encarga solo, ocasionalmente para cosas pesados	1	2,70%	7	18,90%	8	21,60%
	Total	19	51,40%	18	48,60%	37	100,00%

En la tabla 9. Se evidencia que 9 mujeres representando el 24.3% y 4 varones con el 10.8% desatienden labores caseros.

Entretanto, 24 evaluados, o sea el 64.8% realizan tareas ligeras y/o pesadas con cierta ayuda ocasional, del 64.8% el 37.8% (14) son del sexo masculino y el 27% (10) son del sexo femenino.

Tabla 10. “Capacidad para usar el teléfono”

		Sexo de usuarios en HD					
		Femenino		Masculino		Total	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%
Capacidad para usar el teléfono	No utiliza el teléfono	5	13,5%	3	8,1%	8	21,6%
	Capaz de contestar el teléfono, no de marcar	1	2,7%	1	2,7%	2	5,4%
	Capaz de marcar algunos o números telefónicos	1	2,7%	1	2,7%	2	5,4%
	Maneja adecuadamente el teléfono	12	32,4%	13	35,1%	25	67,6%
	Total	19	51,4%	18	48,6%	37	100,0%

En la tabla se muestra que el 67.6% equivalente a 25 usuarios son completamente independientes en el uso de teléfono, es decir, realizan llamadas y contestan por iniciativa propia, de ellas el 32.4% (12) son mujeres y el 35.1% (13) son varones.

Además, el 21.6% (8) no hacen uso del teléfono, siendo del sexo femenino 5 personas que representan el 13.5% y 3 varones equivalente al 8.1%.

Tabla 11. Uso de medio de transporte

		Sexo de usuarios en HD					
		Femenino		Masculino		Total	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%
Uso de medio de transporte	No viaja en absoluto	0	0,0%	1	2,7%	1	2,7%
	Utiliza el taxi o el automóvil solo con ayuda de otros	11	29,7%	3	8,1%	14	37,8%
	Viaja en transporte público junto a otro	4	10,8%	2	5,4%	6	16,2%
	Es capaz de coger un taxi, pero no usa otro medio de transporte	2	5,4%	1	2,7%	3	8,1%
	Va solo en transporte público o maneja su automóvil	2	5,4%	11	29,7%	13	35,1%
	Total	19	51,4%	18	48,6%	37	100,0%

En la presente tabla el 35.1% (13) viajan solos ya sea en transporte público o conduciendo su propio auto, de ellos el 29.7% (11) son del sexo masculino y el 5.4% (2) son del sexo femenino.

El 37.8% (14) solo viaja en taxi o auto con ayuda de otros, de ellos el 29.7% (11) son mujeres y el 8.1% (3) son varones.

Solo un varón no viaja haciendo uso de transporte público ni privado representando el 2,7%.

Tabla 12. Responsabilidad sobre la medicación

		Sexo de usuarios en HD					
		Femenino		Masculino		Total	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%
Responsabilidad sobre la medicación	No es capaz de administrarse medicamentos	7	18,9%	4	10,8%	11	29,7%
	Toma si proporcionan dosis previas	5	13,5%	3	8,1%	8	21,6%
	Es capaz de tomar a la hora y dosis correcta	7	18,9%	11	29,7%	18	48,6%
	Total	19	51,4%	18	48,6%	37	100,0%

En la tabla 12 se destaca que el 48.6% (18) son independientes, siendo calificados para ingerir sus medicamentos en hora y cantidades adecuadas, esta población el 18.9% (7) son mujeres y el 29.7% (11) son varones.

11 personas de la población representando el 29.7% no son capaces de administrar su medicación, siendo 18.9% (7) del sexo femenino y 10.8% (4) del sexo masculino.

Y el 21.6% (8) toman su medicación con la dosis previamente preparada, de esta población, 5 usuarios equivalente al 13.5% son mujeres y 3 representando el 8.1% son varones.

Tabla 13. Capacidad de utilizar el dinero

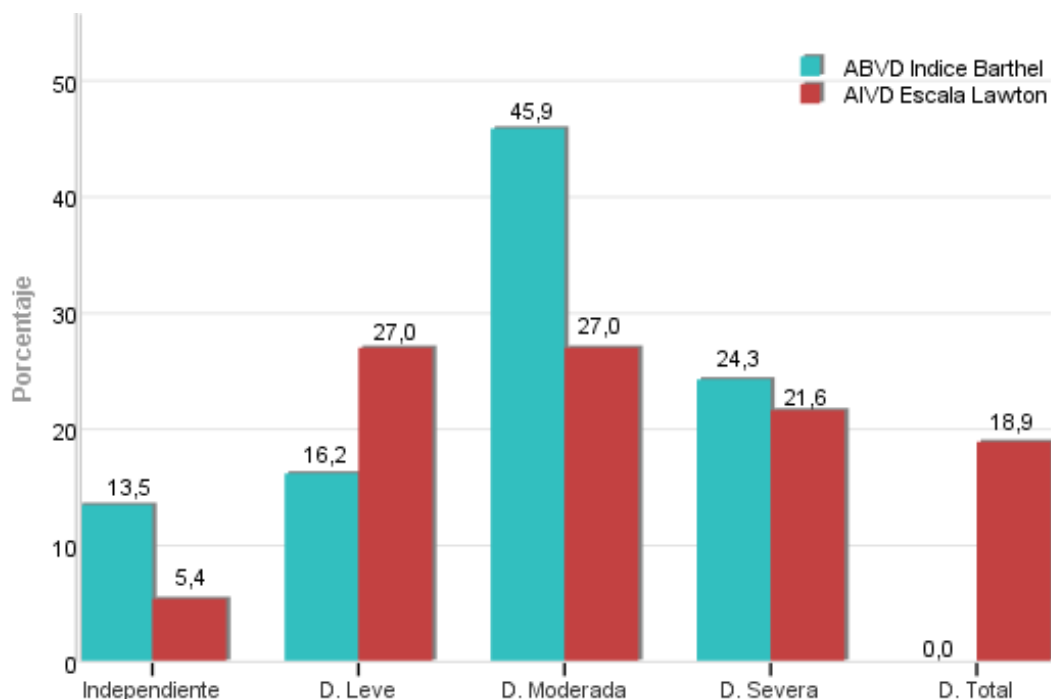
		Sexo de usuarios en HD					
		Femenino		Masculino		Total	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%
Capacidad de utilizar dinero	Incapaz de manejar dinero	8	21,6%	4	10,8%	12	32,4%
	Maneja compras usuales, colaboración en grandes compras	9	24,3%	3	8,1%	12	32,4%
	Se responsabiliza de asuntos financieros	2	5,4%	11	29,7%	13	35,1%
	Total	19	51,4%	18	48,6%	37	100,0%

En la tabla, se aprecia que 13 personas representando el 35.1% se encargan sus asuntos económicos, de ellos el 29.7% (11) son varones y el 5.4% (2) son mujeres.

El 32.4% (12) realizan sus asuntos financieros con apoyo, siendo el 24.3% (9) del sexo femenino y 8.1% (3) del sexo masculino.

Además, el 32.4% (12) no son capaces de manejar su dinero, siendo el 21.6% (8) mujeres y 10.8% (4) varones.

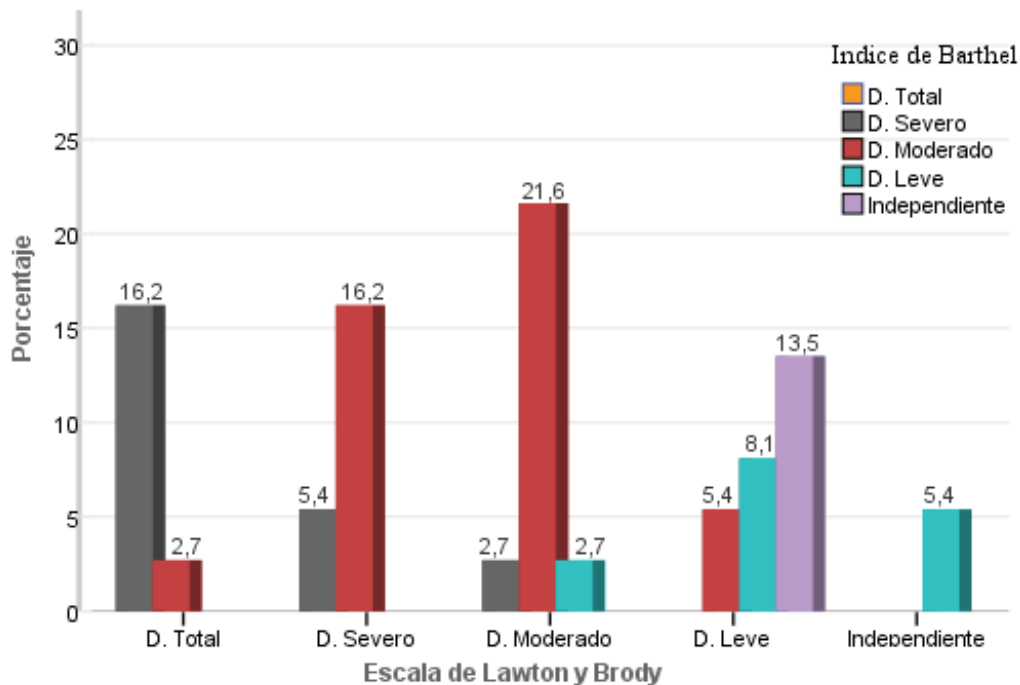
Gráfico 5. Valoración de actividades básicas e instrumentales de vida diaria.



En el presente gráfico se observa que el 13.5% (5) son independientes en las actividades instrumentales y 5.41% (2) son independientes en las actividades básicas, es decir 18.9% (7) son independientes, pero no necesariamente son independiente en ambas actividades a la vez.

Por otro lado, no se registran dependientes totales en el desempeño según el Índice de Barthel, pero sí hay en las actividades instrumentales de la vida diaria según la Escala de Lawton y Brody conformado por el 18.92% (7)

Gráfico 6. Demostración y comparación de casos dependientes



Se revela una comparación porcentual entre los datos obtenidos de Barthel en su desempeño de actividades básicas de vida diaria y los resultados de la escala de Lawton y Brody en su desempeño de actividades instrumentales de vida diaria.

En el caso de dependencia total en actividades instrumentales son 18.9% (7) las personas y de esas mismas 16.22% (6) tienen dependencia severa y 2.70% (1) moderada en las básicas.

En dependencia severa para las “actividades instrumentales” son 21.6% (8) de los cuales 16.22% (6) están en dependencia moderada y 5.41% (2) en dependencia severa para las actividades básicas.

27.0% (10) usuarios son dependientes moderados para las actividades instrumentales, pero, de esas mismas 21.62% (8) son dependientes moderados, 2.70% (1) dependiente severo y 2.70% (1) dependiente leve en actividades básicas.

También hay 27.0% (10) usuarios de HD en dependencia leve de actividades instrumentales, pero de este grupo 5.41% (2) son dependientes moderados, 8.11% (3) dependientes leves y 13.51% (5) independientes en las actividades básicas de vida diaria.

Finalmente, hay dos personas representando el 5.41% que son independientes en actividades instrumentales y no en actividades básicas.

Es decir, no hay usuarios que sean independientes en ambos, tampoco son dependientes totales para las dos.

CAPÍTULO IV

DISCUSIÓN

DISCUSIÓN:

La presente investigación ha sido un primer acercamiento en Perú acerca del desempeño en las actividades básicas de vida diaria y actividades instrumentales de vida diaria, evaluadas en 37 usuarios ambulatorios de la unidad de hemodiálisis, así como también se describe un listado de cuáles son las actividades específicas que no realizan o que requieren de mayor asistencia.

Ayala S., en la tesis “Grado de dependencia de pacientes adultos en hemodiálisis. Centro De Hemodiálisis. Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen. 2019” Determinó el grado de dependencia de pacientes adultos en hemodiálisis, según la valoración y puntuación del Índice de Barthel en 20 pacientes de los cuales, el 10% (n=2) fueron independientes, a diferencia de la información resultante del presente estudio 14% (5) son independientes, es una mínima diferencia que podría deberse a la cantidad de población. Además, en el estudio de Ayala, un 10% (n=2) presentó dependencia total, a diferencia de esta investigación, que no se halló ningún usuario totalmente dependiente. En la presente investigación la mayoría de los usuarios son dependientes moderados con el 45.9%, lo que concuerda completamente con la investigación de Ayala.

En el estudio de Contreras et al. En “Análisis de la relación entre nivel de dependencia del paciente en hemodiálisis y sobrecarga del cuidador principal”. España, con una población de 36 pacientes del programa de hemodiálisis, observaron que los usuarios obtuvieron “una puntuación media de $58,3 \pm 29,17$ en el total de los pacientes, cuya categorización se corresponde con dependencia severa (36%), dependencia total (11%) y siendo el de mayor cantidad la dependencia moderada representada con el 53%”, esto último es semejante a nuestros resultados.

Del total de entrevistados en la presente investigación con “la escala Lawton y Brody”, más del 90% experimenta algún nivel de dependencia en las actividades instrumentales de la vida diaria, el 27% de usuarios está en dependencia moderada, del mismo modo el 27% tienen una leve dependencia, siendo estos dos, los de mayor cantidad. Estos resultados concuerdan con la investigación de Arenas M. y et al. Titulado “Dependencia para las actividades instrumentales de la vida diaria en pacientes en

hemodiálisis: influencia sobre la calidad de vida relacionada con la salud”, donde resulta que “el 80,3% de los pacientes estudiados presentaba algún grado de dependencia para las AIVD”, además 24,2% son dependientes moderados, 22,8% dependencia ligera, 22,7% dependencia severa y 19,7% son totalmente dependientes, de un total de 66 usuarios de hemodiálisis evaluados.

Pedreira y et al. 2016, en su estudio “Análisis del estado psicofísico de los pacientes en hemodiálisis”. España, emplearon las escalas de Barthel y Lawton y Brody, obtuvieron que más del 70 % de los usuarios presentaban algún grado de dependencia en las actividades básicas de la vida diaria y más del 80% en actividades instrumentales de la vida diaria. Esto concuerda con los datos obtenidos en la presente investigación que el 86,4% del total presentan algún grado de dependencia en las actividades básicas de la vida diaria según el Índice de Barthel, además 35 personas representando el 94,5% del total muestran algún nivel no independiente en “actividades instrumentales” según la escala aplicada. Es decir, presentan un gran porcentaje de asistencia en el desarrollo de sus tareas elementales, cabe destacar que hay mayor dependencia en las actividades instrumentales que en las actividades básicas. De igual manera, Eduard Camps y Col. 2009 En su estudio “Valoración del grado de autonomía funcional de pacientes renales crónicos según índices de Barthel, Lawton y baremo de Ley de Dependencia”. España. En esa misma línea, hallamos dependencia según el “Índice de Barthel” el 64,5% presenta algún tipo de dependencia y el 72,9% presenta dependencia en actividades instrumentales.

El Índice de Barthel, presenta sus actividades básicas en 10 ítems y en la presente investigación se detallan aquellas que requieren mayor asistencia para su ejecución, contribuyendo al aumento de la dependencia en el desempeño de las actividades básicas de la vida diaria. Los resultados obtenidos en la presente investigación fueron: la de mayor proporción, con 78.30% (28) usuarios dependientes y/o necesitan ayuda para realizar el uso de escaleras, 48.60% (18) usuarios son dependientes en deambulación, 45.90% (17) en transferencia y lavado, 43.20% (16) en micción, 40.5 % (15) en vestido, 27% (10) en el uso de retrete, 24.30% (9) en deposición, 18.90% (7) en arreglo personal y por último, 10.80% (4) usuarios son dependientes en la actividad de alimentación.

No se encontraron estudios relacionados que utilicen el índice de Barthel donde se especifique cuáles son las actividades con mayor dependencia, solo hacen mención del porcentaje de usuarios en general o de los niveles según su valoración.

Según, Marques S y et al. 2012 “Independencia funcional en pacientes con enfermedad renal crónica en tratamiento de hemodiálisis”. Brasil. describieron la independencia funcional de los pacientes atendidos en los servicios de hemodiálisis, con la Medida de Independencia Funcional (MIF), obtuvieron menor puntaje al subir y bajar escaleras igualmente al vestirse; además, evidencian una independencia completa o modificada en control de esfínter de orina y heces y de igual manera en la dimensión de movilidad. Lo mencionado por Marques y et al., coincide con respecto al uso de escaleras (78.30%), que también es el de mayor dependencia en los usuarios evaluados de la presente investigación, pero difiere en el vestido (40.5 %), deposición (24.30%), micción (43.20%) y movilidad (48.60%) estos últimos no son independientes totales.

Con respecto a las actividades instrumentales que se aplicaron con la Escala de Lawton, 78.30% son dependientes en la preparación de comida ya que ellos necesitan que alguien les sirva o prepare la comida, siendo esta la de mayor cantidad. El 70.20 % usuarios son dependientes en la actividad de ir de compras, 56.80% en lavado de ropa, 51.30% en responsabilidad sobre medicación, 40.50% en el uso de medio de transporte, 35.1% en cuidado de casa. Los resultados obtenidos para las actividades instrumentales coinciden parcialmente a los del estudio de Arenas M. y et al. Donde señalan que los usuarios mostraron “mayor dependencia en actividades relacionadas con el cuidado de la casa: cuidar la casa 54,5%, preparar la comida 56,1%, compras 57,6% y lavar la ropa 60,6%”.

Además, según los resultados en este estudio y el realizado por Arenas y et al., coinciden totalmente en las actividades de menor desempeño las cuales son manejo de dinero con el 32.4% y uso del teléfono (21.6%), en donde no usan o requieren un gran apoyo para la ejecución de las mismas.

Arenas M. y et al. Hacen mención que la escala presenta ítems que logran predominar culturalmente vinculándose al sexo o “entorno” alterando el producto. Coincidentemente, si obviamos las actividades señaladas, de igual manera la actividad

con menor desempeño de los usuarios de hemodiálisis sería la actividad de compras con 57.6% pero en lugar de medicación la segunda de menor desempeño en su investigación fue el uso de transporte con el 37.9%.

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 Conclusiones

- En relación con la hipótesis planteada se confirma que los usuarios de hemodiálisis que asisten al “HCFAP” son mayormente dependientes moderados en el desempeño de sus actividades básicas e instrumentales de vida diaria.
- Los usuarios de la unidad de hemodiálisis que asisten al Hospital Central de la Fuerza Aérea del Perú son dependientes en el desempeño de sus actividades de vida diaria.
- El 86.4% presenta algún tipo de dependencia para las actividades básicas de la vida diaria, de ellos, la mayoría presenta dependencia moderada representando el 45.9%.
- El 94.5% de la población estudiada presenta algún tipo de dependencia en el desempeño de las actividades instrumentales de la vida diaria, de los cuales el 27% son dependientes leves y 27% dependientes moderados.
- El gran porcentaje de dependencia para el desempeño de las actividades básicas e instrumentales de vida diaria, podría deberse al apoyo o sobreprotección del familiar, al agotamiento al finalizar la hemodiálisis, por situaciones emergentes durante la hemodiálisis como la salida de vía u otros problemas personales.
- No se hallaron usuarios que sean independientes, ni dependientes totales, a la vez, en el desempeño de las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, la razón de ello podría ser por la reserva de energía y el estilo de vida de los usuarios previo al tratamiento de hemodiálisis.
- Las actividades básicas de la vida diaria con mayor dependencia en los usuarios de hemodiálisis del Hospital Central de la Fuerza Aérea del Perú, según el Índice de Barthel, son: la actividad de subir y bajar escaleras con 78.30%, seguido de la actividad de deambulación con el 48.60%, luego el 45.90 % en la actividad de transferencia(traslado cama/sillón) y 45.90% en la actividad básica de lavado(baño).
- Las actividades instrumentales con mayor dependencia en los usuarios de hemodiálisis del Hospital Central de la Fuerza Aérea del Perú, según la Escala de

Lawton y Brody son las actividades instrumentales: preparación de la comida con el 78.30%, ir de compras el 70.20%, seguido por la actividad de lavado de ropa equivalente al 56.80%; esto puede ser debido al contexto económico del usuario de su familiar.

5.2. Recomendaciones

- Implementar el trabajo multidisciplinario con médicos nefrólogos, enfermeras especialistas en nefrología, técnicos de enfermería, nutricionista, terapeutas físicos, terapeutas ocupacionales, psicólogos y trabajadora social, en la población en mención y mediante el trabajo conjunto conseguir el mantenimiento o recuperación de las áreas físico-funcionales del usuario hemodializado, así como la salud mental de los mismos.
- Favorecer la presencia de un terapeuta ocupacional para generar nuevos espacios en la unidad de hemodiálisis, promoviendo un mejor desempeño y previniendo el incremento de dependencia en la ejecución de sus actividades de la vida diaria.
- Crear programas preventivos promocionales para evitar la dependencia en los usuarios de hemodiálisis; además de talleres y/o actividades propositivas, con evaluaciones continuas y periódicas, durante la gestión de hemodiálisis, según el análisis previo del Terapeuta Ocupacional.
- Complementar las investigaciones en este grupo poblacional para determinar los motivos específicos de sus limitaciones en el desempeño de sus actividades de vida diaria, utilizando esta tesis como base para ahondar los estudios en pacientes hemodializados. Con una información más exhaustiva se puede elaborar un perfil ocupacional para facilitar una mejor intervención que los conlleve a una mejor calidad de vida.
- Incentivar la mayor participación familiar en mantener la máxima independencia de las actividades de vida diaria de su paciente hemodializado, mediante capacitaciones, instrucciones, pautas, etc.
- Aplicar los instrumentos de evaluación empleados en esta investigación, en el contexto en el que se desenvuelven, para obtener datos con mayor certeza y definición.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ministerio de Salud de la Nación de Argentina. Guía de Práctica Clínica sobre Prevención y Detección Precoz de la Enfermedad Renal Crónica en Adultos en el Primer Nivel de Atención. [Internet] [Consultado 2018 abril 26] Disponible en: http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000069cnt-2012-08-2_guia-prevencion-deteccion-precoz-enfermedad-renal-cronica-adultos.pdf
2. Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud e Investigación - IETSI. Guía de práctica clínica para la adecuación de hemodiálisis. Guía en Versión Extensa. GPC N°7 Perú, diciembre 2017.
3. Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud. [Internet] Washington. [Consultado 2018 abril 26] Disponible en: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=10542:2015-opsoms-sociedad-latinoamericana-nefrologia-enfermedad-renal-mejorar-tratamiento&Itemid=1926&lang=es
4. Ministerio de Salud del Perú. Análisis de la situación de la enfermedad renal crónica en el Perú, 2015. [Internet] [Consultado: 28 septiembre 2017] Disponible en: [http://www.spn.pe/archivos/ANALISIS%20DE%20LA%20SITUACION%20DE%20LA%20ENFERMEDAD%20RENAL%20CRONICA%20EN%20%20EL%20PERU%20\(1\).pdf](http://www.spn.pe/archivos/ANALISIS%20DE%20LA%20SITUACION%20DE%20LA%20ENFERMEDAD%20RENAL%20CRONICA%20EN%20%20EL%20PERU%20(1).pdf)
5. Rojas Y, Ruiz A, Gonzalez R. Ansiedad y depresión sobre la adherencia terapéutica en pacientes con enfermedad renal. Rev Psicol. 2017; 26 (1): 1-13,65-77
6. Sánchez Roberto P. Aproximaciones a la sexualidad y salud sexual en personas con enfermedad renal en hemodiálisis. [trabajo de fin de grado] Brasil. Universidad de Coruña. 2019.
7. Rogers J, Holm M. Proceso de terapia ocupacional. En: Crepeau E, Cohn E, Schell B. Willard y Spackman Terapia Ocupacional 11. ed. Argentina: Editorial Médica Panamericana; 2011; 478 – 518.

8. Fonseca O, Uribe V, Uribe L, Soto Y. Desempeño ocupacional en la etapa de ciclo vital de infancia a la luz de la estrategia promocional de calidad de vida. *Umbral Científico* [Internet]. 2009; (15):15-27. [Consultado 2017 Dic 20] Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=30415144003>
9. Ávila A, Martínez R, Matilla R, Máximo M, Méndez B, Talavera M, et al. Marco de trabajo para la práctica de Terapia Ocupacional: Dominio y Proceso. [Internet]. España. 2da ed. (traducción) 2010. [Revisado: 2017] [Internet] [Citado 24 abril, 2020]. Disponible en: www.terapia-ocupacional.com/aota2010esp.pdf
10. World Federation of Occupational Therapy – WFOT [Internet]. Definition of Occupational Therapy. [Internet]. Australia. United Nations Global Compact WFOT; 2012 [Consultado: 13 Agosto 2017] Disponible en: <http://www.wfot.org>
11. Corregidor, A. Terapia ocupacional en geriatría y gerontología: España; 2010:6:44 [Internet] [Consultado: 14 Julio 2018] Disponible en: http://www.terapia-ocupacional.com/Libros/Libro_Terapia_ocupacional_geriatria_SEGG_2010.pdf
12. Orduña H, Yate M, Duarte S. Calidad de vida en personas con enfermedad renal crónica: una mirada desde Terapia Ocupacional. *Rev Ch TO* 2018; 18(2): 107-115.
13. Arenas M, Navarro M, Serrano E, Álvarez F. Dependencia para las actividades instrumentales de la vida diaria en pacientes en hemodiálisis: influencia sobre calidad de vida relacionada con la salud. *Nefrología (Madr.)* [Internet] 2019; 39 (5): 455 -562 [Consultado 2019 Dic 15]. Disponible en: <https://www.revistanefrologia.com/es-dependencia-actividades-instrumentales-vida-diaria-articulo-S0211699519300827>
14. Ayala S. Grado de dependencia de pacientes adultos en hemodiálisis. Centro de Hemodiálisis. Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen. 2019 [tesis para optar al grado de licenciada en enfermería nefrológica] Perú. Universidad Nacional Federico Villarreal; 2019.
15. Samaniego W, Zamudio S, Muñoz J, Muñoz F. Autocuidado en Pacientes con Enfermedad Renal Crónica en Tratamiento de Hemodiálisis. *Salud adm.* [Internet]

2018; 5 (13): 15 - 22 [Consultado 2019 Julio 8] México. Disponible en: http://www.unsis.edu.mx/revista/doc/vol5num13/2_Autocuidado.pdf

16. Pedreira G, Gómez A, Herrera C, Martínez Y, Junyent E. Actividades recreativas en hemodiálisis. Una oportunidad terapéutica. *Enferm Nefrol. España*; 2016;19, 1:14:1

17. Contreras A., López P. y Crespo R. Análisis de la relación entre nivel de dependencia del paciente en hemodiálisis y sobrecarga del cuidador principal. *Enferm Nefrol [Internet]*. 2014 [citado 2020 febrero 11] 17(2): 98-103. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S225428842014000200003&lng=es.

18. López M, Luque I, Gómez V, Casas R. Valoración de las necesidades de cuidados del paciente durante la hemodiálisis y su relación con el grado de dependencia. *Enferm Nefrol [Internet]*. 2014 Dic [citado 2019 Jun 08]; 17(4): 283-290. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S225428842014000400007&lng=es.

19. Andreu L, Puig M, Cases A. Grado de dependencia de las personas sometidas a hemodiálisis en Cataluña y evolución de su mortalidad 2012. *Nefrología (Madr.) [Internet]*. 2012 [citado 2020 Mar 08]; 32(5): 613-621. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S021169952012000700008&lng=es.

20. Serra G, Helú R, Antero D, Aparecido M, Marques S, Kusumota L. Independencia funcional en pacientes con enfermedad renal crónica en tratamiento de hemodiálisis. *Rev. Latino-Am. [Internet]*. 2012 Dic [citado 2019 Nov 07]; 20(6):1033-1040. Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n6/es_04.pdf

21. Camps E., Andreu L., Colomer M., Claramunt L, Pasaron M. Valoración del grado de autonomía funcional de pacientes renales crónicos según índices de Barthel, Lawton y baremo de Ley de Dependencia. *Rev Soc Esp Enferm Nefrol [Internet]*. 2009 Jun [citado 2017 Agos 08]; 12(2): 28-34. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S113913752009000200005&lng=es.

22. Asociación Profesional Española de Terapeutas Ocupacionales - APETO [Internet]. España: Lladós 2017 [consultado 2020 Abril 09]. Disponible en: <https://www.apeto.com/index.html>
23. Gutiérrez P. Terapia Ocupacional: Una disciplina para la autonomía. Prácticas y discursos de Gubernamentalidad y subjetivación en torno a una ciencia emergente. 2019 [tesis doctoral] España. Universidad Autónoma de Barcelona; 2015.
24. Reboredo J, Novoa M, Blanco M. (compiladores) Montes S. (coordinadora). Terapia Ocupacional y Ocupación: de la definición a la praxis profesional [Internet]. TOG (A Coruña); 2015. [Citado: 21 Noviembre 2018] Disponible en: <http://www.revistatog.com/mono/num7/mono7.pdf>
25. Canosa N., Díaz B., Talavera M. Terapia ocupacional. Importancia del contexto. [internet] [Revisado: 27 julio 2017] España. 2007. Disponible en: http://www.terapiaocupacional.com/articulos/Terapia_ocupacional_importancia_del_contexto.shtml
26. Instituto de adicciones de la ciudad de Madrid. Protocolo de Intervención desde la Terapia Ocupacional en los CAD del Instituto de Adicciones. [internet]. [Consultado: 30 junio 2018] Madrid, España 2013. Disponible en: <https://www.yumpu.com/es/document/view/48075709/protocolo-de-intervencion-desde-la-terapia-ocupacional-en-los-cad>
27. Kielhofner G. Fundamentos conceptuales de la Terapia Ocupacional. 3ra. Ed. Buenos Aires: Médica Panamericana; 2006.
28. Organización Mundial de la Salud. Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud. 2001. [internet]. [citado el 26 de octubre de 2017]
29. Da Silva A, Miranda A, Da Cruz T, Magno L, Cavaleiro V. Alteraciones en el desempeño ocupacional de personas con enfermedad renal crónica en diálisis peritoneal. [internet] [Revisado: 27 julio 2017] Brasil, 2018. Disponible en: <https://doi.org/10.18554/refacs.v6i0.3129>

30. Polonio B. Terapia Ocupacional en Disfunciones Físicas: Teoría y Práctica. España: Editorial Médica Panamericana; 2004. 72 p.
31. Méndez P, Rosel D, Martinez A. Independencia en las actividades de vestido-desvestido tras la aplicación de un programa lúdico mediante un circuito terapéutico en niños con parálisis cerebral espástica leve y moderada del centro de rehabilitación infantil de la secretaria de la Defensa Nacional. [Revisado: 3 enero 2018] México, 2013. Disponible en: <http://ri.uaemex.mx/bitstream/handle/20.500.11799/14352/407330.pdf?sequence=2>
32. Romero D. Actividades de la vida diaria. An Psicol [Internet]. 2007; 23(2):264-271. [Consultado: 2019 May 26] Disponible en: http://www.um.es/analesps/v23/v23_2/13-23_2.pdf
33. Polonio B, Romero D. Uso de la actividad en el tratamiento de discapacitados físicos. Las actividades de la vida diaria. En: Polonio B. Terapia Ocupacional en Disfunciones Físicas: Teoría y Práctica. España: Editorial Médica Panamericana; 2004. 61 – 77.
34. Lorenzo V. Enfermedad Renal Crónica. Nefrología al día. 2017. [Internet]. España [Revisado: 23 noviembre 2018] Disponible en: <http://www.revistanefrologia.com/es-monografias-nefrologia-dia-articulo-enfermedad-renal-crnica-136> .
35. Henao C. Enfermedad Renal Crónica. Nefrología Básica 2. [internet] Cap. 23; 191p [Consultado: 2019 mayo 26] Disponible en: <http://asocolnef.com/wp-content/uploads/2018/03/Cap23.p>
36. D'Achiardi R, Vargas J, Echeverri J, Moreno M, Quiroz G. Factores de Riesgo de Enfermedad Renal Crónica. Rev Med. [internet] 30 de noviembre de 2011; 19(2) 226-231 [Consultado: 2018 Noviembre 11] Colombia. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/med/v19n2/v19n2a09.pdf>
37. Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud. Tratamiento Sustitutivo de la Función Renal. Diálisis y Hemodiálisis en la Insuficiencia Renal Crónica en el

Segundo y Tercer Nivel de Atención. México 25 de septiembre del 2014. [internet] Disponible en: <http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/IMS-S-727-14-DialisisyhemodialisisIRC/727GRR.pdf>

38. The National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases Health Information Center [internet] USA [Revisado: 23 noviembre 2018] Disponible en: <https://www.niddk.nih.gov/health-information/informacion-dsalud/enfermedades-rinones/metodos-tratamiento-insuficiencia-renal-hemodialisis>

39. Fernández M, Teruel J, Gomis A, Fernández J, Ruiz G, Fernández F, et al. Recuperación de la función renal en enfermos tratados con hemodiálisis. Nefrol Madr [internet] 2012; 32(2):166-71. [Revisado: 31 octubre 2018] Disponible en: <http://www.revistanefrologia.com/es-publicacion-nefrologia-articulo-recuperacion-funcion-renal-enfermos-tratados-con-hemodialisis-X021169951200095X>

40. Pérez M., Herrera N., Pérez E. Comportamiento de la mortalidad del adulto en hemodiálisis crónica. AMC [Internet]. 2017 Feb [citado 2018 Jun 08]; 21(1): 773-786. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552017000100004&lng=es.

41. Fresenius Medical Care. Enfermedad Renal [internet] Colombia: Fresenius Medical [Revisado: 16 agosto 2017] Disponible en: <https://www.freseniusmedicalcare.com.co/es-co/pacientes-y-familias/enfermedad-renal/> Bogotá, Colombia

42. Fresenius Medical Care. Vivir con enfermedad renal crónica. [internet] Colombia: Fresenius Medical [Revisado: agosto 2017] Disponible en: <https://www.freseniusmedicalcare.com.co/es-co/pacientes-y-familias/vivir-con-enfermedad-renal-cronica/> Bogotá, Colombia

43. Cid-Ruzafa J., Damián J. Valoración de la discapacidad física: El Índice de Barthel [internet] Rev. Esp. Salud Pública [Internet]. 1997 Mar [citado 2018 Jun 08]; 71(2): 127-137. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57271997000200004&lng=es.

44. Trigás M., Ferreira L., Meijide H. Escalas de valoración funcional en el anciano. Galicia Clin [internet] 2011; 71 (1): 11 - 16 [Revisado: 8 agosto 2017] España. Disponible en: <http://galiciaclinica.info/PDF/11/225.pdf>
45. Gobierno de Aragón. Programa de atención a enfermos crónicos dependientes. España [Internet]. [citado 28 de abril de 2020]. Disponible en: <https://www.aragon.es/documents/20127/674325/LIBRO%20Programa%20de%20Atencion%20a%20Enfermos%20Cronicos%20Dependientes.pdf/f3fb7d4b-3db9-cc72-16fe-d7c5017c6795>
46. Trigás M. Escala de Lawton y Brody (Philadelphia geriatric center) Actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD). [internet] [Revisado: octubre 2017] España. Disponible en: <http://meiga.info/escalas/escaladelawtonybrody.pdf>
47. Gobierno de Colombia. Ministerio de Salud. Ruta de Promoción y Mantenimiento de la Salud (2017). Resolución 3280 de 2018; 48 p. Recuperado de: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/anexo-instrumentos-valoracion-ruta-promocion.pdf>
48. Lesende I. Escalas y pruebas de valoración funcional y cognitiva en el mayor. Sociedad española de medicina de familia y comunitaria. [internet] [Revisado: 2020 junio 19] Disponible en: https://amf-semfyc.com/web/article_ver.php?id=1187

ANEXOS

ANEXO N° 1 INSTRUMENTO: ÍNDICE DE BARTHEL

ALIMENTACIÓN	Capaz de utilizar cualquier instrumento, pelar, cortar, etc.	10
	Necesita ayuda	5
	dependiente/ necesita ser alimentado	0
BAÑO	Lavarse solo, incluye entrar y salir de la bañera	5
	Necesita cualquier ayuda	0
VESTIDO	Independiente / quitar y ponerse ropa, abrochar, cierres, etc.	10
	Necesita ayuda	5
	Dependiente	0
ASEO	Independiente, se lava la cara y las manos, se peina, se afeita, se lava los dientes, se maquilla	5
	Necesita alguna ayuda	0
USO DE RETRETE	Independiente, entra y sale del retrete, puede utilizarlo solo, se sienta, se limpia, se pone la ropa. Puede usar ayudas técnicas	10
	Necesita ayuda para ir al inodoro, pero se limpia solo	5
	Dependiente, incapaz de manejarse sin asistencia	0
DEFECACIÓN	Continente e independiente: usa solo el supositorio o el enema.	10
	Algún episodio de incontinencia o necesita ayuda para administrarse supositorios o enemas	5
	Incontinente o necesita que le suministren el enema.	0
MICCIÓN	Continente o es capaz de cuidarse la sonda	10
	Escape ocasional: máximo un episodio de incontinencia en 24 horas. Necesita ayuda para cuidarse la sonda	5
	Incontinente	0
DEAMBULACIÓN	Independiente: camina solo más de 50 metros. En caso de precisar ayudas técnicas las maneja de forma independiente	15
	Necesita ayuda o supervisión física o verbal, para caminar 50m	10
	Independiente en silla de ruedas, sin ayuda 50m. Capaz de girar esquinas.	5
	dependiente: incapaz de manejarse sin asistencia	0

SUBIR Y BAJAR ESCALERAS	Independiente. Sube y baja solo.	10
	Necesita ayuda física o verbal.	5
	Incapaz de manejarse sin asistencia.	0
	Independiente	15
TRANSFERENCIA (TRASLADO ENTRE SILLA y CAMA)	necesita mínima o poca ayuda	10
	Necesita mucha ayuda (1 o 2 personas, capaz de permanecer sentado sin ayuda)	5
	Incapaz, no se mantiene sentado	0
<i>Total = 0-100 puntos (0-90 si usan silla de ruedas)</i>		
<u>Puntuación:</u> 100: Independencia 91 - 99: Dependencia leve 61- 90: Dependencia moderada 21- 60: Dependencia severa 0- 20: Dependencia total		

ANEXO N° 2 INSTRUMENTO: ESCALA DE LAWTON Y BRODY

CAPACIDAD PARA USAR EL TELÉFONO	Utiliza el teléfono por iniciativa propia	1
	Capaz de marcar algunos 0números telefónicos	1
	Capaz de contestar el teléfono, no de marcar	1
	No utiliza el teléfono	0
HACER COMPRAS	Realiza todas las compras necesarias independientemente	1
	Realiza independientemente pequeñas compras	0
	Necesita ir acompañado para realizar cualquier compra	0
	Totalmente incapaz de comprar	0
PREPARACIÓN DE LA COMIDA	Organiza, prepara y sirve las comidas por sí solo adecuadamente	1
	Prepara adecuadamente las comidas si se le proporcionan los ingredientes	0
	Prepara, calienta y sirve las comidas, pero no sigue una dieta adecuada	0
	Necesita que le preparen y sirvan las comidas	0
CUIDADO DE LA CASA	Mantiene la casa solo o con ayuda ocasional (para trabajos pesados)	1
	Realiza tareas ligeras, como lavar los platos o hacer las camas	1
	Realiza tareas ligeras, pero no puede mantener un adecuado nivel de limpieza	1
	Necesita ayuda en todas las labores de la casa	1
	No participa en ninguna labor de la casa:	0
LAVADO DE LA ROPA	Lava por si solo toda su ropa	1
	Lava por si solo pequeñas prendas	1
	Todo el lavado de ropa debe ser realizado por otro	0
USO DE MEDIOS DE TRANSPORTE	Viaja solo en transporte público o conduce su propio coche	1
	Es capaz de coger un taxi, pero no usa otro medio de transporte	1
	Viaja en transporte público cuando va acompañado por otra persona	1
	Utiliza el taxi o el automóvil solo con ayuda de otros	0
	No viaja en absoluto	0

RESPONSABILIDAD RESPECTO A SU MEDICACIÓN	Es capaz de tomar su medicación a la hora y dosis correcta	1
	Toma su medicación si la dosis es preparada previamente	0
	No es capaz de administrarse su medicación	0
MANEJO DE SUS ASUNTOS ECONÓMICOS	Se encarga de sus asuntos económicos por si solo	1
	Realiza las compras de cada día, pero necesita ayuda en las grandes compras, bancos	1
	Incapaz de manejar dinero	0
<p>Total: 8</p> <p><u>Puntuación:</u></p> <p>0-1: Dependencia total</p> <p>2-3: Dependencia severa</p> <p>4-5: Dependencia moderada</p> <p>6-7: Dependencia ligera</p> <p>8: Independiente</p>		

ANEXO N° 3: Resolución de decanato



UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS
(Universidad del Perú DECANA DE AMÉRICA)
FACULTAD DE MEDICINA

«Año de la lucha contra la corrupción y la impunidad»



Lima, 14 de junio de 2019

RESOLUCIÓN DE DECANATO N° 1285-D-FM-2019

Visto el Expediente N° 10634-FM-2019 de fecha 14 de junio de 2019 de la Unidad de Trámite Documentario y Archivo de la Facultad de Medicina, sobre aprobación de Proyecto de Tesis.

CONSIDERANDO:

Que, mediante Resolución de Decanato N° 1569-D-FM-2013 ratificada con Resolución Rectoral N° 01717-R-2016 de fecha 19 de abril de 2016, se aprueba el Reglamento para la Elaboración de Tesis para optar el Título Profesional en las Escuelas Académico Profesionales de la Facultad de Medicina, que en su Capítulo I. Introducción, Art. 2: establece que: "La tesis debe ser un trabajo inédito de aporte original, por la cual se espera que los estudiantes adquieran destrezas y conocimientos que los habiliten para utilizar la investigación como un instrumento de cambio, cualquiera sea el campo del desempeño" así mismo, en su Capítulo VI: Del Asesoramiento de la tesis: Art. 28 establece que: "La Dirección de la EAP con la opinión favorable del Comité de Investigación, solicitará a la Dirección Académica la Resolución Decanal respectiva para proceder a su ejecución";

Que, mediante Oficio N° 1120/FM-EPTM/2019, el Director de la Escuela Profesional de Tecnología Médica, informa que el Proyecto de Tesis que figura en la propuesta cuenta con opinión favorable de la Comisión de Investigación de la citada Escuela para su ejecución; y,

Estando a lo establecido por el Estatuto de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos y las atribuciones conferidas por la Ley Universitaria N° 30220;

SE RESUELVE:

1° Aprobar el Proyecto de Tesis, según detalle:

Estudiante: Megumy Corina Azurza Puntillo Código de matrícula N° 13010314 E.P. de Tecnología Médica Área: Terapia Ocupacional	Título del Proyecto de Tesis: "DESEMPEÑO DE LAS ACTIVIDADES BÁSICAS E INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA EN USUARIOS DE LA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS DEL HOSPITAL CENTRAL DE LA FUERZA AÉREA DEL PERÚ, LIMA 2019"
Asesora: Lic. Amelia del Rosario Olórtégui Moncada Código Docente: 098523	

2° Encargar a la Escuela Profesional de Tecnología Médica el cumplimiento de la presente resolución.

Regístrese, comuníquese, archívese.

DRA. ÁNGELA R. CORNEJO V. DE ESPEJO
Vicedecana Académica

DR. SERGIO C. RONCEROS MEDRANO
Decano

c.c.: Decanato / EPTM / Interesada

/v/jn.

ANEXO N° 4: Solicitud de permiso para ejecución de tesis

"AÑO DE LA LUCHA CONTRA LA CORRUPCIÓN Y LA IMPUNIDAD"

Lima, 05 de julio 2019

MAYOR GENERAL FAP

MAG. FAP Edmundo Fernando Adrianzén Ronceros

Director del Hospital Central FAP

Presente.-

Solicito: Autorización para ejecución de investigación

Quien suscribe, **Megumy Corina Azurza Puntillo**, DNI 71778921, Bachiller en Tecnología Médica del Área de Terapia Ocupacional de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Interna FAP 2017, ante usted me presento y expongo:

Con el fin de completar mi proceso de formación profesional y optar el título de Licenciada Tecnólogo Médico del Área de Terapia Ocupacional y siendo requisito indispensable la presentación de una investigación y la autorización para desarrollar el proyecto de investigación titulado: **"Desempeño de las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria en usuarios de la unidad de hemodiálisis del Hospital Central de la Fuerza Aérea del Perú, Lima 2019"**. En la Unidad de Hemodiálisis en los meses de julio a septiembre del presente año.

Por lo que, solicito tenga a bien autorizar el desarrollo de dicho proyecto de investigación en la prestigiosa institución que usted dirige.

Agradezco su deferencia de antemano.

Atentamente,



Megumy Corina Azurza Puntillo

Bachiller TM. TO

DNI: 71778921



ANEXO N° 5: Aprobación del departamento de Educación e Investigación del HCFAP



PERU

Ministerio
de Defensa

Fuerza Aérea
del Perú

Hospital Central de la
Fuerza Aérea del Perú

"AÑO DE LA LUCHA CONTRA LA CORRUPCIÓN Y LA IMPUNIDAD"
"DECENIO DE LA IGUALDAD DE OPORTUNIDADES PARA MUJERES Y HOMBRES"

Miraflores, 19 AGO 2019

NC-50-HCDE-N° 0204

Señorita
Bachiller de Tecnología Médica-Terapia Ocupacional de la Universidad Nacional
Mayor de San Marcos
MEGUMY CORINA AZURZA PUNTILLO
CIUDAD

Ref.: Solicitud del 06-07-19

Tengo el agrado de dirigirme a usted, a fin de expresar mi cordial saludo y en relación con el documento de la referencia, comunicarle nuestra **ACEPTACIÓN**, para que realice su proyecto de investigación **"Desempeño de las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria en usuarios de la Unidad de Hemodiálisis del Hospital Central de la Fuerza Aérea del Perú, Lima 2019"**, en la Sala de Espera de la Unidad Renal de este Hospital Central FAP, durante los meses de agosto y setiembre 2019, teniendo como tutora a la Lic. Luz Marina Esquivel Oviedo.

Al respecto, hago de su conocimiento que la referida capacitación está sujeta a un Programa Tutorial, debiendo cumplir con los siguientes requisitos:

- Vestir guardapolvo o chaqueta blanca.
- Certificado de Salud con una antigüedad no mayor de 03 meses, donde se incluya resultados sobre:
 - Rx de Tórax
- Constancia de haber recibido inmunización activa completa contra:
 - Virus de Hepatitis B
 - Tétanos
- Firmar el Compromiso de Seguridad, Reserva y Propiedad de la Información.
- Seguro Médico de Salud.

Asimismo, al término de la investigación deberá presentar a este Departamento una copia del informe final del trabajo realizado.

Dios guarde a Ud.



BICENTENARIO
PERÚ 2021

El Jefe del Dpto. de Educación
Coronel FAP
CÉSAR BUSTAMANTE MEJÍA
CMP 28437 RNE.13122

EL PERÚ PRIMERO



Av. Aramburú Cdra. 2 S/N Miraflores
Central 5135300 - Anexo 2651

ANEXO N° 6: Consentimiento Informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO

“Desempeño de las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria en usuarios de la unidad de hemodiálisis del Hospital Central de la Fuerza Aérea del Perú, Lima 2019”

Investigadora: Megumy Corina Azurza Puntillo

INFORMACIÓN

Propósito

La bachiller de Tecnología Médica del área de Terapia Ocupacional Megumy Corina Azurza Puntillo de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, está realizando un estudio sobre “Desempeño de Actividades Básicas e Instrumentales de la Vida Diaria en Usuarios de Hemodiálisis del Hospital Central de la Fuerza Aérea del Perú, Lima 2019”.

Este estudio tiene como objetivo determinar el desempeño de las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria en usuarios de la unidad de hemodiálisis del Hospital Central de la Fuerza Aérea del Perú, Lima 2019.

Participación

La participación es voluntaria, si usted desea participar la investigadora a cargo le hará unas preguntas de dos evaluaciones estandarizadas, en un tiempo aproximado de media hora.

Riesgo del estudio

Este estudio no representa ningún riesgo para usted, solo debe seguir las indicaciones que se le dará a cada participante. Para su participación solo será necesaria su autorización.

Beneficios del estudio

Es importante señalar que con su participación está contribuyendo a mejorar los conocimientos en el campo de la rehabilitación.

Al concluir el estudio usted puede acceder a la información de los resultados de las evaluaciones y verá cuán efectiva fue la aplicación del estudio.

Costo de la participación

Su participación en el estudio no tiene ningún costo. Solo le pedimos su tiempo, media hora, para la aplicación de dos instrumentos de evaluación.

Confidencialidad

Toda la información obtenida en el estudio es completamente confidencial, solamente los miembros del equipo de trabajo conocerán los resultados.

En el caso se requieran fotos ninguna imagen revelará el rostro de los participantes, se le asignará un número a cada uno de los mismos, el cual se usará para el análisis, presentación de resultados, publicaciones, etc.

Requisitos de la participación

Los participantes, pacientes adultos renales que acuden a la unidad de hemodiálisis del Hospital Central de la Fuerza Aérea del Perú en los meses de agosto, septiembre y octubre del año 2019.

Al firmar este documento llamado **consentimiento informado** autoriza y acepta la participación en el estudio voluntariamente. Sin embargo si usted no desea participar en el estudio por cualquier razón, puede retirarse en cualquier momento con toda libertad sin que esto represente algún gasto, pago o consecuencia negativa para usted.

La posibilidad de retirarse del estudio en cualquier momento será por decisión voluntaria del paciente. Se le pide comunicar si existe la posibilidad de retirarse del estudio.

Donde conseguir información

Si usted tuviera alguna duda, consulta o queja podrá comunicarse personalmente con la investigadora Megumy Corina Azurza Puntillo.

Correo: megumy.azurza@unmsm.edu.pe

Teléfono: -----

Declaración voluntaria

Yo

_____ he sido informada (o) del objetivo del estudio, he conocido los riesgos, beneficios y la confidencialidad de la información obtenida. Entiendo que la participación en el estudio es gratuita. He sido informada (o) de la forma de cómo se realizara el estudio. Estoy enterada (o) también que puedo participar o suspender mi participación en el momento en el que lo considere oportuno, o por alguna razón específica, sin que esto represente que tenga que pagar, o recibir alguna represalia de parte del investigador o de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos.

Por lo anterior, acepto voluntariamente participar en la investigación del **“Desempeño de las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria en usuarios de la unidad de hemodiálisis del Hospital Central de la Fuerza Aérea del Perú, Lima 2019”**

Nombre y apellidos:

Firma

DNI: _____ Fecha: _____

Anexo N° 7: Operacionalización de variable

Variables	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Escala	Tipo	Valores Finales	Instrumento
Variable 1: Actividades de Vida Diaria	Actividades cotidianas del ser humano permitiéndole establecer diferentes hábitos y rutinas cuando estas se llevan a cabo de forma autónoma y dentro de un equilibrio ocupacional	Básicas	Se realizan todos los días, implican el cuidado de nuestro propio cuerpo.	Alimentación, vestido, lavarse, arreglarse, traslado, deposición, micción, deambular y uso de escalones.	Ordinal	Cuantitativo	Independiente, dependiente moderada, severo, leve o total	Índice de Barthel
		Instrumentales	Generalmente es opcional y genera interacción con el medio y es necesaria para la independencia.	Capacidad para usar el teléfono, dinero, ir de compras, usar medio de transporte, preparar comida, medicación, lavar ropa y cuidar la casa.	Ordinal	Cuantitativo	Dependencia total, severa, moderada, leve e independiente	Escala de Lawton y Brody
Variable 2: Desempeño	Llevar a acabo o realizar una actividad determinada.		actividad a realizar	con o sin apoyo	Nominal	Cualitativo	Realiza o no realiza	Entrevista